



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOAS COM ANDAR COMPROMETIDO

Alexandra Filipa Maia Alcobia nº160531001

Orientação: Professor Doutor Rogério Ferrinho

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

PROGRAMA DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO A PESSOAS COM ANDAR COMPROMETIDO

Alexandra Filipa Maia Alcobia nº160531001

Orientação: Professor Doutor Rogério Ferrinho

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem de Reabilitação

Relatório de Estágio

Setúbal, 2019

*“Adoramos a perfeição, porque a não podemos ter; repugná-la-íamos se a tivéssemos.
O perfeito é o desumano porque o humano é imperfeito.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Às enfermeiras Teresa Lopes , Susana Ribeiro, pela supervisão e pela transmissão dos seus conhecimentos no decorrer dos estágios e em especial à enfermeira Telma Soeiro pela amizade e confiança que depositou em mim;

A todos os Professores, que me foi cruzando neste longo caminho pelas sabedoria transmitidas;

Aos meus colegas do serviço de Infeciologia/Pneumologia , pela compreensão e facilitação com trocas;

Ao meu Enfermeiro chefe João Carvalho por facilitar o horário e por ser um exemplo para a enfermagem;

Ao Professor Doutor Rogério Ferrinho, pela orientação, apoio, exigência e por acreditar em mim;

Ao meu esposo Luis Gomes, pela força, incentivo que sempre me transmitiu e pela paciência nos momentos menos bons;

À minha sogra, pela amizade e disponibilidade infatigável;

Aos meus pais, pelos valores que me transmitiram, pelo apoio incondicional em qualquer altura da vida.

Por fim, mas não menos importante ao meu filho Noé, uma força da natureza a quem dedico este trabalho.

RESUMO

Enquadramento: O estágio final decorreu em serviços onde são prestados cuidados diferenciados onde em algum momento as pessoas veem-se obrigadas a um repouso terapêutico, levando à restrição de movimento, podendo mesmo verificar-se os efeitos negativos da imobilidade. A média de idades das pessoas internadas nestes serviços são elevadas o que leva a que estas apresentem as alterações biológicas naturais do processo de envelhecimento. A imobilidade e a idade elevada são conjunturas que alteram a capacidade da pessoa para o andar. O diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” é frequente nestes internamentos. Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação perante um diagnóstico de enfermagem alterado atua precocemente de forma a diminuir as complicações, diminuir o tempo de internamento e eleva os ganhos em saúde. **Método:** Implementou-se uma estratégia de intervenção profissional, onde são avaliados os ganhos na capacidade para andar, decorrentes da aplicação de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com andar comprometido e com potencial para melhorar essas capacidades, contribuindo para maximizar o seu bem-estar e promover a autonomia. **Resultados:** Foi demonstrado através da análise estatística realizada que a intervenção de enfermagem de reabilitação na prática clínica, levou a uma melhoria da força muscular, equilíbrio, diminuição do risco de queda e da melhoria nos scores do autocuidado transferir e Andar. O que de uma forma geral contribuiu para melhoria do autocuidado, demonstrado pela melhoria no score do índice de barthel, desta forma proporcionou-se ganhos em saúde. **Conclusão:** A estratégia de intervenção profissional foi um contributo importante para o progresso da disciplina de enfermagem de reabilitação.

Palavras-chave: Enfermagem de Reabilitação; Andar comprometido; Autocuidado; Ganhos em Saúde.

ABSTRACT

Background: The final stage took place in where services are rendered differentiated care where at some point people see themselves forced to a home, leading to the restriction of movement, and can even check out the negative effects of immobility. The average age of people admitted in these services are high what makes these present changes natural biological aging process. The immobility and the high age are situations that alter the ability of the person to the floor. The nursing diagnosis "floor committed" is frequent in these hospital admissions. Nursing specialist rehabilitation nurse before a nursing diagnosis changed acts early to reduce the complications, reduce the time of internment and raises the gains in health. **Method:** implemented a strategy of professional intervention, where are evaluated the gains the ability to walk, arising from the application of a program of rehabilitation nursing care in people with compromised and floor with potential for improve those capabilities, helping to maximise your well-being and promote autonomy. **Results:** it was demonstrated through statistical analysis held that the rehabilitation nursing intervention in clinical practice, led to an improvement in muscle strength, balance, reducing the risk of falling and the improvement in scores of self-care transfer and walk. What generally speaking contributed to improving self-care, demonstrated by the improvement in barthel index score, thus provided health gains. **Conclusion:** The professional intervention strategy was an important contribution to the progress of the discipline of nursing.

Keywords: Rehabilitation, Nursing; Floor compromised; Self-care; health Gains.

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I- Programa de Reabilitação a pessoas com Andar Comprometido.....	CI
Apêndice II- Instrumento de registo de recolha de dados	CIII
Apêndice III- Formulário de Consentimento Informado.....	CVI

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I- Escala de Morse	CX
Anexo II- Índice de Barthel	CXII
Anexo III- Escala ashword modificada	CXIV
Anexo IV- Escala de Lower	CXVI
Anexo V- Escala de equilíbrio de Berg	CXVIII
Anexo VI- Parecer do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CHS.....	CXXV

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Os efeitos da Imobilidade nos sistemas orgânicos	26
Figura 2- O Ciclo da Marcha.....	32
Figura 3- Exercício ativo da articulação tibiotársica.....	40
Figura 4- Atividade terapêutica “Ponte”	41
Figura 5- Treino de Equilíbrio dinâmico sentado.....	43
Figura 6- Treino de Equilíbrio dinâmico em pé	45
Figura 7- Contração concêntrica.....	45
Figura 8- Contração excêntrica	45
Figura 9- Treino de Marcha Controlada	46
Figura 10- Fluxograma do Programa de Reabilitação a pessoas com andar comprometido.....	53
Figura 11- Fluxograma da amostra selecionada	56

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da idade da amostra	62
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por área patológica.....	63
Gráfico 3 - Alteração da mobilidade antes do internamento	63
Gráfico 4 - Escala de Lower (0/5) do membro superior ao longo do internamento.....	65
Gráfico 5 - Escala de Lower (0/5) dos membros inferiores ao longo do internamento .	66
Gráfico 6 - Escala de Asword Modificada do membro superior ao longo do internamento	66

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Tipos de auxiliares de marcha	47
Tabela 2 - Intervenções de Enfermagem de Reabilitação	53
Tabela 3 - Escalas	57
Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica	62
Tabela 5 - Índice de Barthel ao longo do internamento	64
Tabela 6 - Escala de Morse ao longo do internamento.....	67
Tabela 7 - Índice de Berg ao longo do internamento	68
Tabela 8 - Eficácia do equilíbrio corporal ao longo do internamento	69
Tabela 9 - Status diagnostico transferir ao longo do internamento	70
Tabela 10 - Status diagnostico transferir ao longo do internamento em %.....	70
Tabela 11 - Status diagnostico Andar ao longo do internamento.....	71
Tabela 12 - Status diagnostico Andar ao longo do internamento em %.....	71

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVD- Atividades de vida diária

AVC- Acidente Vascular Cerebral

CHS- Centro Hospitalar de Setúbal

CIPE- Classificação Internacional Para a Prática de enfermagem

CM - Ciclo da Marcha

DGS- Direção geral da saúde

DP- Desvio Padrão

EEER- Enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação

EPE- Entidade Publica Empresarial

ER- Enfermagem de reabilitação

HIV- Vírus da imunodeficiência humana

INE- Instituto Nacional de Estatística

MCEER- Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação

PNDR- Plano Nacional de Doenças Respiratórias

PQCER- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

PR- Programas de Reabilitação

OE- Ordem dos Enfermeiros

OCDE- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

TDAE- Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. APRECIACÃO DO CONTEXTO	19
1.1. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE	19
1.1.1. Serviço de Medicina Interna	20
1.1.2. Serviço de Infeciologia/Pneumologia	21
1.2. A PROBLEMATICA ASSOCIADA AO CONTEXTO DE ESTAGIO.....	23
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	29
2.1. FUNDAMENTAÇÃO	29
2.1.1. A Pessoa Com Andar Comprometido	29
2.1.2. Cuidados de enfermagem de reabilitação.....	33
2.1.2.1. Autocuidado	35
2.1.2.2. Programa de enfermagem de reabilitação às pessoas com andar comprometido	38
2.2. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO	50
2.3. METODOLOGIA	51
2.3.1. Tipo de Estudo	55
2.3.2. População e Amostra.....	55
2.3.3. Instrumentos e técnicas de colheita de dados.....	56
2.3.4. Princípios Éticos.....	59
2.4. RESULTADOS	61
2.5. DISCUSSÃO	72
3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	79
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	79
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	84
3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	85

4. CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
APÊNDICES	C
ANEXOS.....	CIX

INTRODUÇÃO

No âmbito do ramo de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação das Escolas Superiores de Saúde dos Institutos Politécnicos de Beja, Castelo Branco, Portalegre, Setúbal e Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora, foi realizado o presente relatório, onde se pretende relatar o desenvolvimento, implementação e conclusões referentes ao projeto de intervenção profissional “Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em Pessoas com Andar Comprometido”. O mesmo foi realizado durante o Estágio Final, compreendido entre 18 de setembro de 2018 e 13 de janeiro de 2019, no serviço de Medicina Interna e serviço de Infeciologia/Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal.

O movimento corporal é algo inerente ao ser humano e dele esta dependente o bom funcionamento de todos os sistemas fisiológicos. É pelo movimento que a pessoa interage com os outros e implica fatores mecânicos, neurológicos, biológicos e psicológicos (Lourenço & Moreno, 2016).

Atualmente é reconhecido que um repouso no leito prolongado conduz a efeitos negativos provocando alterações nos vários sistemas orgânicos (Lourenço & Moreno, 2016). Na primeira semana de repouso pode observar-se uma redução significativa da massa muscular e densidade óssea (Parry e Pulheuchery, 2015). Quinze dias sem movimento já se considera imobilização (Lourenço & Moreno, 2016).

A tendência do aumento da percentagem da população idosa em detrimento da percentagem da população jovem é hoje um tema atual e global (Rodrigues, 2018). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015) as alterações biológicas devidas ao processo natural de envelhecimento diminuem as capacidades intrínsecas da pessoa, havendo um maior risco de contrair doenças. O que na maior parte dos casos levam a um aumento da dependência física e psicológica (Rodrigues, 2018).

O andar segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) é descrito como o movimento do corpo de um lado para o outro em que as

pernas se mobilizam passo a passo com capacidade para sustentar o peso do corpo com uma velocidade que pode alternar entre lenta a moderada ou rápida.

Várias são as causas das perturbações do andar ou marcha e incluem situações como alterações sensoriais, motoras, doenças psiquiátricas, doenças ortopédicas ou condições médicas. Na velhice, as perturbações do andar podem estar associadas a demências, diminuição da visão, alterações da função propriocetiva (Pirker & Katzenschlager, 2016).

O andar é o que nos diferencia dos outros seres vivos, permite a interação no meio em que a pessoa está inserida, possibilitando o autocuidado (Peças, 2016). A capacidade para o andar pode ser afetada nas diferentes fases do desenvolvimento de uma pessoa, podendo mesmo levar à dependência. Na população idosa o diagnóstico de enfermagem de “Andar Comprometido” é mais frequente o que conduz a uma maior dependência nas outras atividades de vida diária (Vieira & Caldas, 2017).

O conceito de reabilitação é um processo dinâmico voltado para a recuperação física e psicológica da pessoa com incapacidade (Serôdio, 2014) com objetivos da maximização funcional do indivíduo e sua reintegração no meio familiar e social (Regulamento nº. 125/2011). A atuação da reabilitação prevê uma atuação precoce com objetivo de diminuir a dependência, complicações, diminuição do tempo de internamento e aumentar os ganhos em saúde (Freitas, 2017).

A ação da enfermagem de Reabilitação (ER) tem como objetivo prevenir as incapacidades e/ou maximizar as capacidades para o futuro das pessoas. Desta forma, considera-se que a ER constitui uma forma própria do cuidar em enfermagem (Freitas, 2017).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) faz parte da equipa de reabilitação e é um constituinte fundamental para o sucesso das intervenções por ela desenvolvidas (Hesbeen, 2001). Este é detentor de um elevado nível de conhecimentos e experiência acrescida na área da reabilitação, com o objetivo de intervir junto da pessoa com dependência funcional, através da capacitação e promoção da qualidade de vida (Regulamento n.º 125/2011).

O estágio final decorreu em serviços onde são prestados cuidados diferenciados onde em algum momento as pessoas veem-se obrigadas a um repouso terapêutico, levando à restrição de movimento, podendo mesmo verificar-se os efeitos negativos da imobilidade. A média de idades das pessoas internadas nestes serviços são elevadas o que leva a que estas apresentem as alterações biológicas naturais do processo de envelhecimento. A imobilidade e a idade elevada são conjunturas que alteram a capacidade da pessoa para o andar.

Dado o enquadramento subjacente, implementou-se uma estratégia profissional de intervenção, cuja finalidade principal foi o estudo dos ganhos que advém da implementação de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com andar comprometido e com potencial para melhorar essas capacidades, contribuindo para maximizar o seu bem-estar e promover a autonomia. A partir deste objetivo principal definiu-se três objetivos secundários:

- Melhorar a força muscular;
- Melhorar o equilíbrio corporal e diminuir o risco de queda;
- Melhorar o autocuidado.

Estes objetivos estão de acordo com as competências e intervenções definidas no regulamento nº 125/2011 em que é referido que o EEER foca os seus cuidados de forma a promover as capacidades funcionais das pessoas, através da conceção e implementação de programas de reabilitação. Através destes ensina, instrui, e treina sobre técnicas que a pessoa deve empregar, de modo a maximizar o seu desempenho tanto a nível motor como cardio – respiratório, tendo sempre em vista a individualidade de cada pessoa. (Regulamento n.º 125/2011).

O conceito de autocuidado é visto como uma forma de conservação da saúde e gestão da doença com recurso a praticas adequadas (Petronilho, 2013). Desta forma, à estratégia profissional de intervenção foi ancorada a teoria do défice de autocuidado de Orem (2001), uma vez que o conceito de autocuidado é um conceito central para a enfermagem em que enfermeiros de reabilitação intervém de forma a manter ou recuperar a independência no autocuidado.

Este relatório tem a finalidade de explicar o percurso referente à aquisição e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das

competências específicas do EEER e das competências de Mestre. No que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista esperara-se a obtenção e desenvolvimento de competências nos domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e ainda da aprendizagem profissional (Regulamento n.º 140/2019). Nas competências específicas do EEER pretende -se: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, nos vários contextos de cuidados; habilitar a pessoa com deficiência e limitação do autocuidado para a reinserção e exercício da cidadania e ainda maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa (Regulamento n.º 125/2011). Por fim, no que diz respeito às competências de Mestre pretende-se: A aplicação de um alto nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em várias situações, com a capacidade para integrar conhecimentos, da capacidade para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma (Decreto lei n.º 63/2016).

O presente relatório está estruturado em três capítulos. O primeiro capítulo apresenta-se o contexto onde se desenvolveu o estágio final e a estratégia profissional, também será abordada a problemática relativa à realidade dos serviços clínicos. No segundo capítulo, aborda-se o projeto de intervenção profissional que inclui a fundamentação teórica do tema da pessoa com andar comprometido, cuidados de ER, o enquadramento do modelo teórico do autocuidado, programa de cuidados de ER a pessoas com andar comprometido. Após a fundamentação, apresenta-se a justificação da conveniência do estudo, desenho metodológico, resultados obtidos e sua discussão. O capítulo três reserva-se à análise refletiva sobre as competências adquiridas. Em último, apresenta-se a conclusão e referencias bibliográficas.

1. APRECIÇÃO DO CONTEXTO

O estágio final decorreu no Centro Hospitalar de Setúbal (CHS) no serviço de Medicina Interna e serviço de Infeciologia/Pneumologia, sendo o objetivo deste capítulo realizar uma caracterização do contexto onde foi desenvolvido o projeto de intervenção profissional.

1.1. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE

A cidade de Setúbal é capital de distrito desde 1926 e nessa época o hospital era situado num anexo do convento de Setúbal, sendo designado de Hospital da Misericórdia. Alguns anos depois, para dar resposta às dificuldades da população em 1953, foi decidida a construção de um novo hospital. O arranque deste projeto deve-se a António Velge, presidente da Sapec que deu contributo monetário avultado e em homenagem ao seu filho mais velho, Bernard o hospital passa-se a designar Hospital de São Bernardo. A nove de maio de 1959, o hospital de S. Bernardo é inaugurado, com honras de estado. Ao longo dos anos o Hospital foi sofrendo várias obras de remodelação e ampliação para melhor servir a população. Foi Hospital empresa em 2002 (Ministério da Saúde, 2017).

Atualmente, trata-se de uma Entidade Publica Empresarial – EPE, integrada no Serviço Nacional de Saúde. É designada por centro hospitalar desde que foi criado o decreto-lei nº 233/2005, de 29 de dezembro e é uma pessoa coletiva de direito público, dotada de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial, resultante da integração, por fusão, do Hospital de São Bernardo e Hospital Ortopédico Sant’iago do Outão, cujas áreas físicas, conjugadas com os correspondentes elementos humano e patrimonial. (decreto lei nº233/2005 de 29 de

dezembro). O centro hospitalar de Setúbal assiste as pessoas do conselho de Setúbal, Palmela e Sesimbra (cerca de 250.000 habitantes) (Carvalho & Poças, 2013).

O CHS tem como objetivo a promoção da saúde a todos os beneficiários do Sistema Nacional de Saúde, prestando cuidados de saúde especializados em vários níveis (ambulatório, internamento e emergência pré-hospitalar), com respeito pela dignidade dos utentes. Intervêm em concordância áreas de influência e redes de referenciação, articulando-se com as outras instituições integradas na rede de prestação de cuidados de saúde. Também incorpora atividades de investigação, formação e ensino (Centro Hospitalar de Setúbal, 2015).

A estrutura organizativa do CHS é constituída por vários serviços, estes organizam-se em departamentos e serviços: Departamento de Medicina, Departamento de Cirurgia, Departamento do Aparelho Locomotor, Departamento de Anestesiologia, Departamento da Mulher e Criança, Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e Departamento de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica. O serviço de Especialidades Médicas (Nefrologia, Neurologia, Oncologia Médica e UAVC), encontra-se inserido no Departamento de Medicina. O serviço de Ortopedia, piso 2, encontra-se inserido no Departamento do Aparelho Locomotor (Centro Hospitalar de Setúbal, 2015).

1.1.1. Serviço de Medicina Interna

O Serviço de Medicina Interna do CHS, está inserido no Hospital de São Bernardo e faz parte o serviço de Medicina. É constituído por quatro unidades funcionais: a Unidade Silva Duarte, a Unidade Fonseca Ferreira, a Unidade de Cuidados Intermédios de Medicina e um Hospital de Dia. Fisicamente distribui-se pelos 3º e 4º pisos da ala nascente do Hospital de São Bernardo, com capacidade de internamento de 23 camas em cada piso, das quais quatro em quartos individuais, a que se somam sete camas de cuidados intermédios, perfazendo um total de 51 camas. Ainda é constituído por áreas técnicas, salas de trabalho e de reuniões, além de refeitórios em ambos os

pisos. Dispõe de 2 gabinetes médicos e de um secretariado próprio à semelhança de cada piso do internamento.

Este serviço tem como missão a promoção da saúde através da prestação de cuidados de saúde diferenciados sempre com respeito pela dignidade dos doentes. As pessoas internadas neste serviço caracterizam - se pela idade avançada com múltiplas patologias e comorbidades (Nunes &Pedroso, 2013).

Neste serviço, os 25 enfermeiros generalistas prestam cuidados de forma continua, ou seja, têm um horário de trabalho de roulement que incluem turnos de oito horas e trinta minutos (turno da manhã), sete horas e trinta minutos (turno da tarde) e nove horas e trinta minutos (turno da noite). No rácio de enfermeiros por doente é tido em conta o grau de dependência destes para o turno da manhã que são em média entre quatro a seis doentes e nos turnos da tarde e da noite são oito doentes. No caso de ausência do enfermeiro chefe é atribuído um enfermeiro responsável por cada turno, sendo este designado pela sua categoria profissional ou o tempo de exercício profissional no contexto de prática clínica.

Este serviço tem 3 enfermeiros especialistas em enfermagem de Reabilitação que prestam exclusivamente cuidados especializados durante as manhãs e tarde de segunda a domingo.

1.1.2. Serviço de Infeciologia/Pneumologia

Em 2008, após obras de recuperação do 5º piso do edifício central do centro hospitalar de Setúbal, nasce um serviço com camas dedicadas às especialidades de Infeciologia e Pneumologia.

A especialidade de pneumologia tem como missão a prestação de cuidados diferenciados na área da pneumologia, tendo especial atenção às patologias respiratórias mais frequentes que mais influenciam a morbilidade e mortalidade da população que

assiste estando de acordo com os Objetivos Definidos pelo Plano Nacional de Doenças Respiratórias (PNDR). Tem a preocupação de se articular com os outros serviços da instituição, assim como com Medicina Geral e Familiar. Para além de atividade assistencial variada no internamento e ambulatório, executa meios complementares de diagnóstico e terapêutica assim como desenvolve atividades de formação ensino e investigação. Neste serviço são internadas pessoas com patologias do foro da pneumologia geral (pneumonias, infeções respiratórias), pessoas insuficientes respiratórias crónicas (doença pulmonar obstrutiva crónica), pessoas com patologia respiratória do Sono, asma brônquica, doenças difusas do parênquima pulmonar (Carvalho & Duarte, 2013).

A especialidade de Infeciologia tem por missão a prestação de cuidados a pessoas com patologia na área da infeciologia, dedicando-se, sobretudo ao estudo das doenças que apresentem compromisso multi-orgânico, que possuem uma apresentação sindrómica. Tem responsabilidade em colaborar no tratamento de qualquer surto epidémico em conjunto com as autoridades de saúde pública (ex. H1N1 e Arboviroses). Tal como a especialidade de pneumologia, colabora na formação em todos os assuntos abrangidos na sua área de atuação, em meio hospitalar e no contexto dos centros de saúde. Neste serviço internam-se pessoas com as patologias com infeção por HIV, Hepatites víricas, tuberculose associada à infeção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), meningites (Carvalho & Poças, 2013).

É um serviço com capacidade de internar 28 pessoas no total, em que 12 camas são da especialidade de pneumologia, sendo que duas destas camas são isolamentos respiratórios e 13 camas são da especialidade de infeciologia. De igual forma, duas destas camas são isolamentos respiratórios, estando as restantes três camas atribuídas ao serviço de medicina. De salientar que há exceção de um quarto, todos podem ser convertidos em isolamentos respiratórios, desde que seja acionada a pressão negativa, tal como já ocorreu no caso da epidemia da gripe em 2009.

Em relação aos recursos humanos o serviço de infeciologia/ pneumologia é constituído por uma equipa multidisciplinar de vinte e sete enfermeiros em que vinte e cinco são enfermeiros generalistas, uma enfermeira especialista em ER e um enfermeiro chefe especialista em enfermagem médico/cirúrgica. Conta com seis médicos para

ambas as especialidades, uma equipa de quinze assistentes operacionais e uma assistente administrativa. Por fim, conta com a colaboração de uma fisioterapeuta.

Tal como no serviço de medicina os enfermeiros da infeciologia/pneumologia prestam cuidados de forma continua, com um horário de trabalho de roulement e no rácio de enfermeiros por doente é tido em conta o grau de dependência dos doentes.

Em relação aos cuidados de enfermagem especializados, existe apenas uma enfermeira especialista em ER. Esta enfermeira realiza cuidados de ER de segunda a sexta feira no turno da manhã procurando diariamente diagnosticar as necessidades de intervenção sendo que para isso planeia, implementa e avalia os resultados da sua prática. Além da ER, esta profissional apoia o enfermeiro chefe no trabalho de gestão do serviço.

1.2. A PROBLEMATICA ASSOCIADA AO CONTEXTO DE ESTAGIO

A prática clínica realizou-se em serviços onde são prestados cuidados diferenciadas e em que em algum momento os utentes são obrigados a um repouso terapêutico (p. ex. instabilidade hemodinâmica, dispneia). Estas situações levam à restrição de movimento e por conseguinte, aos efeitos negativos da imobilidade. Também se verifica que os utentes internados também têm uma média de idades elevadas devido ao envelhecimento demográfico e com isso um maior número de doenças crónicas associadas. Todas estas conjunturas podem levar a uma alteração da capacidade para o andar. Tendo em conta que a maioria dos utentes internados nesta unidade hospitalar, andavam autonomamente antes do internamento, foi desenvolvido um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com andar comprometido e com potencial para melhorar a capacidade para andar, de forma promover a autonomia da pessoa.

Imobilidade

O movimento corporal é algo intrínseco ao ser vivo e dele esta dependente o normal funcionamento de todos os sistemas fisiológicos. Este representa a forma como a pessoa interage com o seu meio ambiente envolvendo fatores mecânicos, neurológicos, biológicos e psicológicos (Lourenço & Moreno, 2016). Pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a definição de movimento corporal corresponde a um processo do sistema musculoesquelético em que existe movimento espontâneo, voluntário ou involuntário dos músculos e articulações (CIPE, 2016).

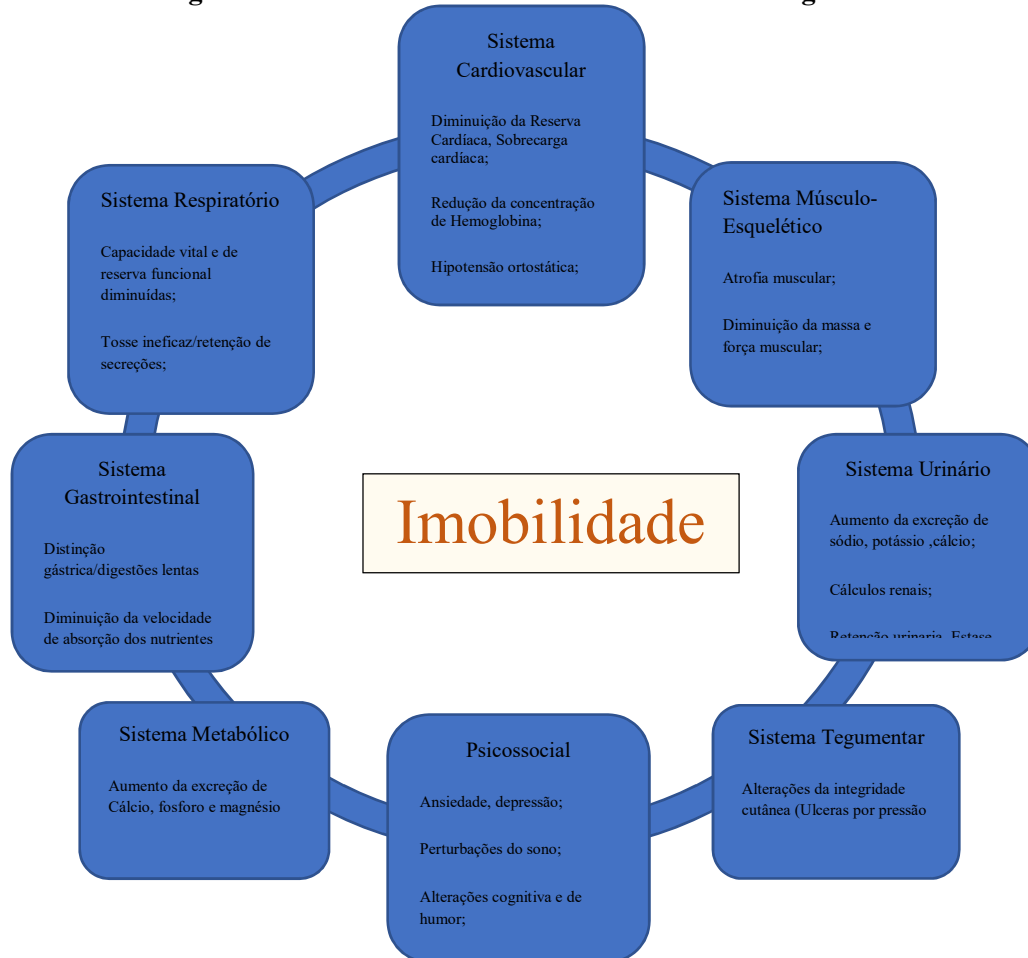
O repouso no leito foi introduzido como tratamento médico no século XIX, para minimizar os gastos metabólicos provocados pela doença e dessa forma promover a recuperação (Parry & Pulheuchery, 2015). Atualmente, esta ideia foi abandonada, pois a evolução de conhecimentos na área da saúde tem demonstrado que os fenómenos ligados as alterações de mobilidade apresentam consequências muito mais negativas se houver uma imobilidade prolongada (Lourenço & Moreno, 2016).

Parry e Pulheuchery (2015) no seu artigo de revisão, concluíram que a imobilidade prolongada é prejudicial para o ser humano e que na primeira semana de repouso verifica-se uma redução significativa da massa muscular, densidade óssea, assim como nos restantes sistemas orgânicos. Os efeitos da imobilidade são mais evidentes nos internamentos em cuidados intensivos. Estes autores também destacam a importância das estratégias de reabilitação para reverter ou evitar os efeitos da imobilização.

Num período de sete a dez dias pode-se considerar-se um período de repouso, mas entre doze a quinze dias já se considera imobilização (Lourenço & Moreno, 2016).

Os efeitos negativos da imobilidade refletem-se nos vários sistemas como demonstra o esquema seguinte:

Figura 1- Os efeitos da Imobilidade nos sistemas orgânicos



Adaptado: Lourenço & Moreno (2016)

O Envelhecimento Demográfico

O envelhecimento demográfico, caracterizado pela diminuição gradual da percentagem de jovens e pelo aumento da percentagem da população idosa é hoje um tema global. Apresenta cronologias diferentes nas várias regiões do mundo, mas com características semelhantes e consequências nos setores-chave da educação, emprego e saúde (Rodrigues, 2018). As principais razões para o envelhecimento demográfico prendem-se com as transformações na sociedade moderna, condicionadas pelo avanço no campo científico e tecnológico e que se traduziram em melhorias das condições de vida das populações. Destas transformações sociais resultou um aumento da esperança média de vida, redução da mortalidade infantil e baixos índices de fecundidade, em conjunto com os processos migratórios que se verificam atualmente (Nunes, 2017; Rodrigues & Henriques, 2017).

Em Portugal, estas alterações na pirâmide demográfica, verificaram-se sobretudo a partir de 1970, pela melhoria das condições de vida. Atualmente, em Portugal a esperança média de vida aumentou mais 14 anos em relação esse período (Rodrigues, 2018). Dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) relatam que o número de idosos ultrapassou o número de jovens pela primeira vez no ano 2000 e que o índice de envelhecimento (relação entre o número de idosos e o número de jovens) atingiu os 141 idosos por cada 100 jovens no ano de 2014. (INE, 2015).

O processo natural de envelhecimento determina alterações a nível biológico, verificando-se danos moleculares e celulares. Com o tempo, esses danos diminuem as capacidades intrínsecas da pessoa, levando a um aumento do risco de contrair várias doenças (OMS, 2015). O aumento da esperança média de vida, na maior parte dos casos é acompanhada pelo aumento da dependência física e/ou psíquica e também por uma maior ocorrência de doenças crónicas (Rodrigues, 2018).

Andar comprometido – Reabilitar

Interligando, o tema desta tese e as pesquisas atuais pretende-se que sejam compreendidos os efeitos positivos que programas de reabilitação tenham em pessoas com andar comprometido. Numa revisão Sistemática da Literatura realizada por Mansfield, A., Wong, J., Bryce, J., Knorr, S. & Patterson, K (2015), que visou analisar a se o treino de equilíbrio diminui o risco de quedas em pessoas idosas com perturbações neurológicas foi concluído que o treino de equilíbrio reduz a probabilidade de quedas nessas pessoas. Vários estudos Criekingel, T., Saeys, W., Hallemans, A., Vereeck, L., Hertogh, W., Walle, P., ...Truijen, S.,(2017); Garcia, M., Arratibel, M. & Azpiroz, E. , (2015) e Ribeiro, T., Silvia, T., Carlos, R., Silvia, M., Lacerda, M., Spaniol, A., & Rodrigues, A (2017) foram realizados sobre a eficácia de programas de reabilitação da marcha em pessoas que tiveram um Acidente Vascular Cerebral (AVC) que demonstraram melhoria na capacidade para o andar.

Petronilho, S., Magalhães, A., Machado, V. & Vieira, M (2007) refere que a pessoa após um evento crítico apresenta frequentemente um grau de incapacidade funcional, tornando-o dependente em grau elevado no autocuidado, nomeadamente o transferir-se e andar. A marcha ou o andar humano é um tipo de locomoção que se

define como uma habilidade inata e primordial para a pessoa, possibilitando autonomia e independência e é considerada como a função mais desejada pelo ser humano (Peças, 2016). Quanto mais cedo é superada a incapacidade para o andar, mais rápido recupera a sua independência para as outras atividades de vida e desta forma da redução dos custos e da necessidade de requerer um cuidador (Viera & Caldas, 2017).

Face ao exposto, a elaboração do projeto de estágio teve origem na pesquisa teórica e dos problemas da população internada nos serviços de Medicina Interna e serviço de Infeciologia/ Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal, a partir da qual se desenvolveu Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Pessoas com Andar Comprometido, visto constatar-se que um repouso prolongado provoca um declínio do andar e este evento tem um grande impacto na vida da pessoa.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

2.1. FUNDAMENTAÇÃO

Neste capítulo será realizada a fundamentação teórica do projeto de intervenção profissional. Também será apresentada a justificação da estratégia de intervenção com o respetivo desenho metodológico. Por fim serão descritos os resultados da implementação do projeto e sua respetiva discussão.

2.1.1. A Pessoa Com Andar Comprometido

A definição de andar é utilizada em diversas classificações em saúde. A CIPE define o termo andar como “mobilizar: movimento de corpo de um lugar para o outro, movendo as pernas passo a passo; capacidade para sustentar o peso do corpo e andar com uma marcha eficaz, com velocidades que vão desde lenta a moderada ou rápida; subir ou descer escadas e rampas” (CIPE, 2015, p.39). O termo andar, na perspetiva da classificação Internacional da Funcionalidade incapacidade e saúde (CIF), refere-se a mover-se de pé sobre uma superfície, passo a passo, de modo que um pé esteja sempre no chão, como quando a pessoa passeia, caminha lentamente, anda para a frente, para trás ou para o lado (Organização Mundial de Saúde & Direção Geral da Saúde, 2004).

A marcha ou o andar é uma atividade comum da vida diária, bastante complexa, que envolve a participação do sistema nervoso, do sistema músculo-esquelético e aparelho cardiorrespiratório. O modo de andar difere de pessoa para pessoa, sendo fortemente influenciado pela idade, personalidade e humor (Huber & Wells, 2009; Pirker & Katzenschlager, 2017).

A produção de movimento está dependente do bom funcionamento do sistema neuro-músculo-esquelético, uma vez que o normal controlo do movimento é resultado da entrada de informação sensorial que é integrado a todos os níveis do sistema nervoso: movimentos reflexos automáticos acontecem na espinal medula; reações posturais e de equilíbrio ocorrem no tronco encefálico e gânglios basais; movimentos mais complicados são controlados no córtex motor e o cerebelo coordena movimento (Petty, 2008).

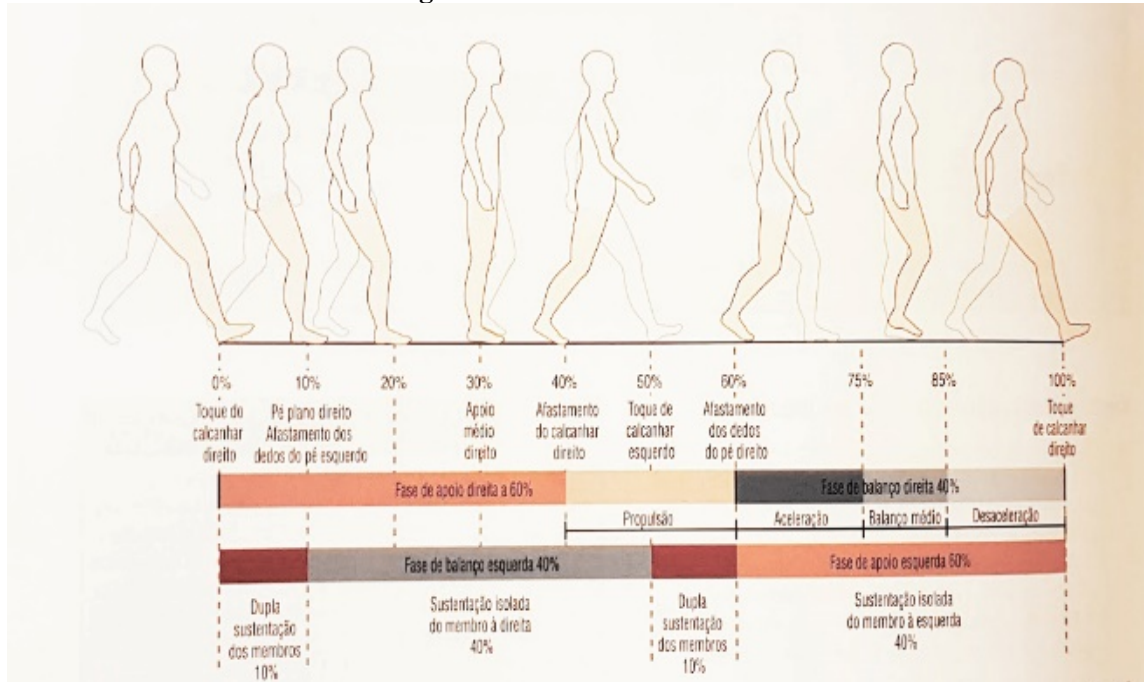
A marcha humana é uma atividade complexa que necessita de aprendizagem. O bebé ao desenvolver o reflexo postural adquire as capacidades de rolar, sentar, gatinhar e por fim andar. Após isso, a marcha é executada quase de forma automática. (Vieira & Caldas, 2017; Viel, 2001)

Para uma marcha eficaz, ou seja, sem quedas, a pessoa tem de possuir coordenação entre postura, equilíbrio e locomoção que permita adaptação a todo o momento aos obstáculos do meio ambiente (Viel, 2001).

O estudo da marcha Humana tem sido alvo de interesse já no passado, existindo referencias deste assunto por parte de Aristóteles (estudos do acerca do movimento humano), Leonardo da Vinci (primeiro estudo anatomia humana, funções articulares e analises das forças musculares), Galileu Galilei (foca o seu estudo nos aspetos mecânicos das estruturas dos ossos), Boreli (responsável pela introdução dos princípios da física, desenvolvendo modelos biomecânicos) (Magarreiri, 2014).

A marcha é caracterizada por um padrão repetitivo. O padrão cíclico de ajustamento dos músculos e articulações do corpo, enquanto se caminha define o ciclo da marcha (CM) (Musculino, 2008). A figura 1 demonstra o ciclo da marcha.

Figura 2- O Ciclo da Marcha



Fonte: Musculino, 2008

O CM pode ser dividido em duas principais fases, na linha do que preconizam Musculino (2008) e Completo e Fonseca (2011):

- Fase de apoio: inicia - se com o toque do calcanhar e acaba com o afastamento dos dedos, esta fase tem uma duração entre 51% a 60% do CM, ocorrendo o impulso. Os pés estão em contato com solo;
- Fase de balanço: inicia-se com o afastamento dos dedos e termina com o toque do calcanhar no solo, esta fase tem uma duração entre os 38% e os 40% do CM e é nesta fase que acontece o avanço do membro.

As fases descritas anteriormente subdividem-se em subfases. No total o CM é constituído por oito acontecimentos, em que cinco dos quais ocorrem na fase de apoio (apoio do calcanhar, apoio da planta do pé, apoio médio, afastamento do calcanhar, afastamento dos dedos) e os restantes três ocorrem na fase de balanço (aceleração, balanço médio e desaceleração) (Musculino, 2008).

As causas dos distúrbios da marcha incluem situações como as deficiências sensoriais ou motoras, distúrbios psiquiátricos, problemas ortopédicos (osteoartrite e deformidades esqueléticas), condições médicas (insuficiência cardíaca, insuficiência

respiratória, doença arterial oclusiva e periférica e a obesidade). Na velhice, os distúrbios da marcha têm várias causas, que podem incluir função propriocetiva na polineuropatia, visão deficiente, distúrbio da marcha frontal associado à encefalopatia vascular, osteoartrite dos quadris ou joelhos e processos demenciais que podem conduzir a uma diminuição da função cognitiva (Pirker & Katzenschlager, 2016).

A marcha ou andar é uma característica funcional do ser humano que nos diferencia dos outros seres vivos e permite-nos a realização do autocuidado e interagir com o ambiente que nos rodeia (Peças, 2016). Em várias fases do desenvolvimento da pessoa, esta capacidade pode ficar afetada, deixando a pessoa numa situação de vulnerabilidade, por diminuição da sua independência. É na população idosa que o diagnóstico de enfermagem “andar comprometido” é mais frequente, o que faz que estas pessoas estejam mais suscetíveis a ficarem dependentes nas outras atividades de vida diária, assim como mais suscetíveis a ocorrência de quedas e como consequência verifica-se uma diminuição da qualidade de vida (Vieira & Caldas, 2017).

2.1.2. Cuidados de enfermagem de reabilitação

Neste subcapítulo pretende-se apresentar um breve enquadramento dos cuidados de enfermagem de reabilitação que serão seguidos de dois tópicos relevantes para o tema deste relatório de estágio: O Autocuidado e o Programa de enfermagem de reabilitação às pessoas com andar comprometido.

O termo reabilitação pode ter diferentes sentidos consoante o contexto em que é utilizado como por exemplo reabilitação urbana, edifícios, etc... Na área da Saúde o conceito de reabilitação é entendido como um processo global e dinâmico direcionado para a recuperação física e psicológica da pessoa com deficiência, com objetivo de a reintegrar socialmente (Serôdio, 2014) e os profissionais de reabilitação são parte integrante de uma equipa multidisciplinar em que as suas ações giram em volta de um processo interdisciplinar (Hesbeen, 2003). A reabilitação presume uma atuação precoce de forma a produzir menos dependência, menos complicações, diminuição tempo de

internamento, aumentar os ganhos em saúde e melhorar a qualidade de vida (Freitas, 2017).

A ER é uma forma própria de cuidar em enfermagem, pois toda a sua ação está mobilizada para prevenir as incapacidades e/ou maximizar as capacidades para o futuro da pessoa (Freitas, 2017). Desta forma, as intervenções do EEER têm o objetivo de promover o diagnóstico precoce, prevenir complicações, melhoria das funções de forma a manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária, reduzindo o impacto das incapacidades presentes, quer sejam estas a nível motor, neurológico ou cardiorrespiratória (Regulamento n.º 125/2011). Ou seja, o enfermeiro de reabilitação é o profissional de saúde, que pela forma holística como encara a pessoa, recusa que esta tenha deficiência, mesmo quando aquilo que tem se trate de uma incapacidade ou desvantagem (Hesbeen, 2001).

O início da especialidade de ER remonta ao ano de 1964 nos Estados Unidos. Os avanços na medicina e na tecnologia nesta época, exigiam mudanças nos cuidados em saúde. As pessoas começaram a sobreviver a doenças que anteriormente eram fatais e para além dos veteranos de guerra a população em geral começou a receber cuidados de ER (Hoeman, 2011). Em Portugal, também para responder às necessidades sociais, o primeiro curso de especialização em ER tem início em 18 de outubro de 1965 e o plano de estudos foi realizado pela enfermeira Mariana Diniz de Sousa e pelo Dr. Armando Sales Luís, pela Enfermeira Sales Luís e pelo Dr. Santana Carlos (Bule, M. J., Fernandes, M., Pires, E., Rocha, 2012). Os conteúdos programáticos desse curso centravam-se na obtenção de conhecimentos focados na pessoa como um todo com objetivo de reduzir os riscos de complicações inerentes à situação clínica (Santos, 2016). Atualmente, a especialidade de reabilitação tem legislado um perfil de competências comuns (regulamento n.º 125/2011) que define área de atuação dos ER. Esta área de ação é realizada em vários contextos que vão desde a área comunitária à área hospitalar com intervenção ao longo do ciclo vital (Regulamento n.º 125/2011).

Nos dias de hoje especialidade de ER, continua a dar resposta às necessidades que a atual sociedade apresenta, em particular devido ao envelhecimento demográfico e a intervenção do EEER é uma mais valia nesta população específica pelas competências de atuação (Freitas, 2017). Deste modo, presentemente os enfermeiros de reabilitação

estão perante um desafio importante – o desafio da sua afirmação pela prova do seu valor social qualquer que seja o seu contexto de atuação (contextos de cuidados, investigação, formação, e na definição de políticas de saúde) (Santos, 2016).

2.1.2.1. Autocuidado

O ser humano, desde que nasce está incluído numa trajetória de vida em evolução gradual e sistemática. Esta evolução vai permitir que a pessoa seja capaz de viver como cidadão autónomo integrado no seu grupo (pais/família/comunidade) (Reis & Bule, 2017). É intrínseco ao ser humano a capacidade de se autocuidar, ou seja, de cada pessoa cuidar de si próprio. Por abarcar todos os aspetos vivenciais e não se limitando às atividades de vida diária, nem as atividades instrumentais da vida diária, o conceito de autocuidado é universal (Queirós, 2010).

Ao longo da vida, as necessidades de autocuidado oscilam, quando pelas diferentes razões se altera a condição ou a do meio, e da autonomia e a pessoa caminha para a dependência. O percurso de vida de uma pessoa é um continuum que se constrói com base nas mudanças, entendidas como transições (Queirós, 2010). As transições podem ser definidas como acontecimentos que trazem mudanças, sendo estas provocadas pelo processo natural de envelhecimento ou por episódios agudos de doença (Queirós, 2010; Petronilho, 2013).

A CIPE (2016) define o autocuidado como “tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (pp. 42). O autocuidado é um modo de conservação da saúde e gestão da doença com o recurso a práticas adequadas, sendo definido como um processo de saúde e bem-estar dos indivíduos, inerente e aprendido de modo a que estes adquiram capacidades da tomada de iniciativa, responsabilidade e na eficácia para o desenvolver o seu próprio potencial para a saúde (Petronilho, 2013). A pessoa fica dependente para o autocuidado, quando não consegue por si só, executar as tarefas básicas do dia a dia, ficando dependente de equipamentos adaptativos ou dependente de

outras pessoas (Orem, 2001; Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A., 2014). Desta forma, o conceito de autocuidado é um domínio central para a enfermagem, pois os enfermeiros através da sua intervenção profissional atuam de forma a minimizarem os efeitos dessa dependência (Petronilho, 2013). O conceito de autocuidado vai de encontro às intervenções do EEER que visam promover o diagnóstico precoce e ações preventivas que assegurem a conservação das capacidades funcionais, prevenir complicações, assim como realizar intervenções que tenham o objetivo de melhorar as funções, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida. Para tal, utiliza técnicas específicas de Enfermagem de Reabilitação que engloba educação da pessoa e seu cuidador e sua reintegração na sociedade (Regulamento n.º 125/2011).

O envelhecimento demográfico que se verifica nos países desenvolvidos tem reflexos nos vários sistemas, nomeadamente social, político, e no sistema de saúde. Em relação à saúde, o envelhecimento da população é caracterizado pelo aumento da dependência no autocuidado e com isto um aumento da necessidade de cuidados de saúde. Esta realidade suscita várias preocupações na gestão política assim como ao nível das necessidades de cuidados (Petronilho, 2013; Fonseca, 2013).

Teoria do défice de autocuidado de Orem

O termo Autocuidado foi apresentado em 1959 por Orem, tendo desenvolvido um modelo de autocuidado. Segundo Dorothea Orem, o autocuidado é “o cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento” (2001, pp. 20). Esta autora, desenvolveu a teoria do défice de autocuidado de enfermagem (TDAE) em 1971 e segundo a qual o que implica a necessidade de cuidados de enfermagem por parte de uma pessoa é a falta de capacidade para manter o autocuidado em quantidade e qualidade, de forma a manter a saúde ou na recuperação da sua doença (Almeida, 2009). Orem foi desenvolvendo a TDAE, considerando-a como uma teoria geral e em 1985 apresenta a TDAE com três teorias interrelacionadas:

1. A teoria do autocuidado, que se concentra nas pessoas descrevendo porque e a forma como cuidam delas;

2. A teoria do déficit do autocuidado, que se centra nas necessidades de cuidados que surgem ao longo do ciclo vital e nas quais o enfermeiro deve intervir;
3. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, que explana de que forma é que os enfermeiros se relacionam com as pessoas para que gerem cuidados de enfermagem (Almeida, 2009).

A teoria do Autocuidado

Esta teoria analisa e descreve o autocuidado como um combinado de comportamentos individuais que regulam as causas que afetam o próprio desenvolvimento, funcionalidade, saúde e bem-estar (Fonseca, 2013). Sendo o autocuidado executado por (...) “pessoas maduras ou em amadurecimento que possuem os poderes e desenvolveram ou estão a desenvolver capacidades para usarem medidas apropriadas, fiáveis e válidas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento em ambientes estáveis ou em mudança”. (Orem, 2001, pp. 43). A capacidade para o autocuidado é adquirida através de vários fatores condicionantes como educação, orientação socio – cultural, estilos de vida. Os requisitos de autocuidado explicados como ações orientadas para o fornecimento do autocuidado e podem ser divididas em três requisitos:

1. Necessidades de autocuidado universal, ou seja, as atividades de vida diária (dormir, comer, tomar banho, etc...);
2. Necessidades de desenvolvimento que engloba os eventos que estão associados ao crescimento humano e suas adaptações durante o seu ciclo de vida e adaptações às mudanças de vida tais como a mudança de emprego;
3. Necessidades resultantes da ausência de saúde nas situações de doença ou lesão e que ajudam a pessoa a aprender a adaptar-se com as consequências de um estado patológico (Almeida, 2009; Fonseca, 2013).

A teoria do Déficit do Autocuidado

Quando existe déficit no autocuidado, as pessoas não são capazes de realizar as suas necessidades e/ou as necessidades dos seus dependentes e desta forma requerem ajuda de suportes organizacionais de serviços disponíveis na sua comunidade. Os enfermeiros, de acordo com esta teoria podem intervir com três métodos: atuar para

fazer ou para orientar e dirigir, fornecer suporte físico ou psicológico e proporcionar e manter um ambiente de apoio e ensino (Fonseca, 2013).

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem

Nesta teoria, Orem (2001) explica como as necessidades de autocuidado da pessoa são ajudadas pela intervenção dos cuidados de enfermagem, onde utiliza três classificações de sistemas que são aplicados conforme as necessidades existentes. Os sistemas de enfermagem são modos de intervenção, feitos e executados por enfermeiros para pessoas com défices de autocuidado (Almeida, 2009). O enfermeiro no sistema apoio-educativo, fornece a educação e apoio psicológico e auxilia as pessoas a realizar o seu autocuidado. O sistema de compensação parcial é usado quando as pessoas precisam de um moderado nível de cuidados, necessitando da intervenção de enfermagem por um período transitório e no futuro serão capazes de assumir as responsabilidades do seu autocuidado. O sistema totalmente compensatório é reservado às pessoas que não são capazes de cuidar de si. Neste caso é o profissional de enfermagem que satisfaz todas as atividades necessárias para manter a vida (Fonseca, 2013).

As Teorias de enfermagem são um contributo para expandir a profissão de enfermagem enquanto ciência humana prática. A TDAE tem sido útil na orientação da prática clínica, no ensino e na gestão. (Queirós, et al., 2014) Ao aplicar esta teoria o enfermeiro é capaz conhecer a pessoa e os vários sistemas onde está inserido e intervir com os cuidados de enfermagem da forma mais adequada a cada pessoa, colmatando as deficiências no autocuidado tanto em meio hospitalar ou em meio domiciliar (Santos, Ramo & Fonseca, 2017).

2.1.2.2. Programa de enfermagem de reabilitação às pessoas com andar comprometido

Os Programas de Reabilitação (PR) são organizados tendo em conta o grau de intensidade, duração e de estratégias terapêuticas utilizadas. O plano de reabilitação deve ser individualizado sendo necessário que seja realizada uma avaliação funcional do doente e perfil clínico (Jorge, 2014). Os PR têm como objetivo, proporcionar à pessoa o retorno às suas atividades de vida e podem envolver atividades como o exercício físico, sessões educacionais à pessoa e seu cuidador (Bolas, 2016). Idealmente as pessoas que possuam incapacidades devido a algum evento negativo devem começar o processo de reabilitação numa unidade hospitalar de cuidados agudos e após a alta serem encaminhados para centros de reabilitação na comunidade (Jorge, 2014).

Na avaliação inicial de uma pessoa submetida a um programa de reabilitação com andar comprometido após um evento deve-se ter em conta os seguintes aspetos: capacidade cognitiva, alterações de visão, capacidade de mobilizar-se no leito, avaliação do equilíbrio corporal, força muscular, dor, avaliação de sinais vitais (Vieira e Caldas, 2016).

Como já foi referido anteriormente, o andar bípede é o que nos distingue dos seres vivos permitindo a realização do autocuidado assim como o interagir no meio ambiente. Desta forma, por o andar se revelar tão importante para a pessoa atingir a independência funcional que o colégio da especialidade de reabilitação desenvolveu em fevereiro de 2018 um documento com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados “Bilhetes de identidade dos indicadores que integram o core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação”, onde o diagnóstico de enfermagem de “andar comprometido” é considerado um indicador sensível à atividade desenvolvida pelos EEER.

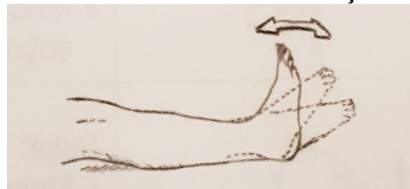
A preparação para o andar deve ser realizada por meio da conservação das amplitudes de movimentos articulares, posicionamentos terapêuticos no leito e levante precoce (Ordem dos Enfermeiros, 2013). As técnicas de mobilização dividem-se em dois grandes grupos de mobilizações (passivas e as ativas). A mobilização passiva tem o objetivo de manter ou recuperar a amplitude articular e é efetuada pelo enfermeiro e são definidas como um gesto terapêutico que é realizado nos limites da amplitude articular

da pessoa. As mobilizações ativas são movimentos realizados pela própria pessoa e podem apresentar-se de três formas: (Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. , 2016)

- Mobilização ativa livre: Refere-se ao movimento em que a própria pessoa se automobiliza;
- Mobilização ativa assistida: A pessoa inicia um movimento, mas não consegue vencer a força da gravidade. Para terminar o movimento tem de ser ajudada pelo enfermeiro;
- Mobilização ativa resistida: É aplicada uma resistência suplementar ao movimento feito pela pessoa em fase de reabilitação.

As atividades de pré – deambulação ou atividades terapêuticas devem ser iniciadas o mais cedo possível, assim que a situação clínica o permitir. Estas atividades são realizadas no leito e envolvem exercícios isométricos para fortalecer os músculos dos membros superiores, tronco e membros inferiores, os glúteos e os abdominais para permanecer em pé e andar (Hoeman, 2011). No exercício isométrico, o musculo contrai-se e produz força sem alteração no seu comprimento e sem movimento articular e para além do fortalecimento muscular estes exercícios também são indicados para minimizar a atrofia muscular quando o movimento articular esta contra indicado (como é nos casos de gessos, talas ou tração esquelética), para desenvolver a estabilidade postural ou articular (kisner & Colby, 2013). O ensino de exercícios ativos e isométricos da articulação tibiotársica, revela-se de extrema importância para evitar fenómenos tromboembólicos (duas séries de oito a dez repetições, três a quatro vezes por dia) (Sousa e Carvalho, 2016).

Figura 3- Exercício ativo da articulação tibiotársica



Fonte: Sousa e Carvalho, 2016

As atividades terapêuticas incluem o rolar, ponte, rotação controlada da anca, auto- mobilização dos membros superiores e carga no cotovelo.

Recomenda-se que as atividades terapêuticas sejam iniciadas pelo rolar, pois é o movimento que a pessoa inicia de forma natural para se virar no leito. Ao rolar na cama, é necessário a realização de esforço rotatório e desta forma à uma ativação dos músculos do tronco que ajuda a pessoa a consciencializar-se de ambos os hemicorpos, inibe a espasticidade, obriga à movimentação dos membros inferiores e permite ao doente adquirir maior independência na cama (Menoita, 2012; Huber & Wells, 2009; DGS, 2010).

A ponte revela-se de extrema importância no treino da pessoa para passar à posição de sentada e ortostática, uma vez que se trabalha os músculos extensores dos quadril e musculatura do tronco. Para executar a ponte a pessoa deve estar em decúbito dorsal de preferência sem almofada na cabeça, com os membros superiores em extensão com ligeira abdução. De início, o enfermeiro coloca as suas mãos no dorso dos pés e outra nos joelhos para evitar o deslizamento. Nesta fase é pedido à pessoa para realizar a elevação da bacia. Como os músculos do tronco se contraem isometricamente há uma tendência de a pessoa sustentar a respiração, ou seja, de realizar a manobra de valsava quando se realiza a ponte. Desta forma, pessoas com patologia cardíaca a rotação controlada da anca pode ser efetuada como variação da ponte. A rotação controlada da anca revela-se importante para o controlo precoce da articulação da anca, ajudando na preparação do levante. Para a realizar, é pedido à pessoa para se colocar na posição de ponte e fazer a rotação da anca para cada lado (Menoita, 2012; kisner & Colby, 2013).

Figura 4- Atividade terapêutica “Ponte”



Fonte: Coelho et al., 2016

A auto-mobilização dos membros superiores é uma atividade bilateral que é realizado pela própria pessoa com objetivo de consciencializar a lateralidade e em pessoas que sofreram um AVC a manter o membro superior afetado em padrão anti – espástico. Este exercício pode ser realizado com a pessoa com as mãos entrelaçadas ou com o recurso a uma bola (Menoita, 2012; DGS, 2010).

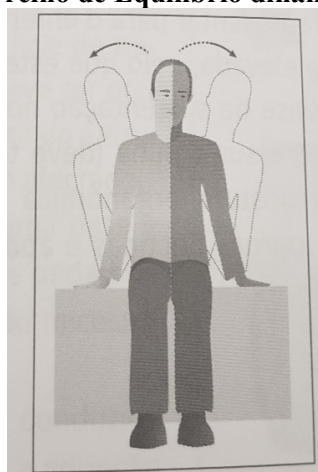
Quando à indicação clínica para o levante, este deve ser realizado o mais precocemente possível. Antes do levante deve ser avaliada a pressão arterial, para detetar uma possível hipotensão ortostática que é frequente após um período de repouso prolongado. Para a pessoa passar da posição de deitada para a posição de sentada deve ser ensinada a realizar carga no cotovelo uma vez que este exercício prepara para a posição de sentada, estimulando os reflexos cervicais, ajuda no controlo do movimento da cabeça e estimula a sensibilidade profunda (Menoita, 2012; DGS, 2010). A instrução técnica de transferência da cama para a cadeira deve ser ensinada sempre que a pessoa apresente potencial de modo a promover a sua independência (Lourenço, M. & Moreno, M, 2016). Para estes autores a técnica correta de transferência segue os seguintes passos:

- Explicar a técnica correta e estimular a pessoa a participar;
- Posicionar a cadeira a 35° em relação à cama;
- Certificar que a cama e pedais estão travados;
- Vestir e calçar a pessoa;
- Levantar a cabeceira da cama;
- Colocar uma mão na cintura pélvica e outra sobre o ombro e rodar a pessoa de modo a que fique sentado na cama;
- Descer o plano da cama de modo a que a pessoa fique com os pés no chão e o enfermeiro deve trancar os joelhos da pessoa com os seus;
- Contrabalançar o peso da pessoa com o peso do enfermeiro e este deve fazê-la rodar em direção à cadeira;
- Estimular a pessoa a usar os braços da cadeira quando se for a sentar;
- Certificar se a pessoa fica em segurança.

O treino de equilíbrio corporal é fundamental para preparar a marcha. O equilíbrio é definido pela posição em que o peso do corpo se encontra igualmente distribuído pela

superfície de apoio, permitindo manter uma postura correta. (Ordem dos Enfermeiros, 2013). O treino de equilíbrio é realizado inicialmente com a pessoa sentada no leito com os pés assentes no chão, esta coloca as mãos de lado suportando o peso do corpo e depois levanta os braços para direita, esquerda, frente e para cima (Menoita, 2012; Hoeman, 2011). Nesta fase, é importante realizar a correção postural, podendo-se utilizar um espelho para a pessoa autocorrigir a sua postura. No treino do equilíbrio dinâmico sentado é induzido um pequeno balanço ao tronco da pessoa, esperando que esta compense o movimento (Menoita, 2011). No treino de equilíbrio de pé, pede-se à pessoa para escorregar até à beira do leito e de seguida, ensina-se a empurrar para baixo com braços e pernas, de forma a inclinar-se para a frente a chegar à posição de pé. Como ficar de pé exige treino recomenda-se que as atividades na posição ortostática se realizem com um apoio fixo como por exemplo nas costas de uma cadeira ou nos pés da cama (Coelho et al., 2016).

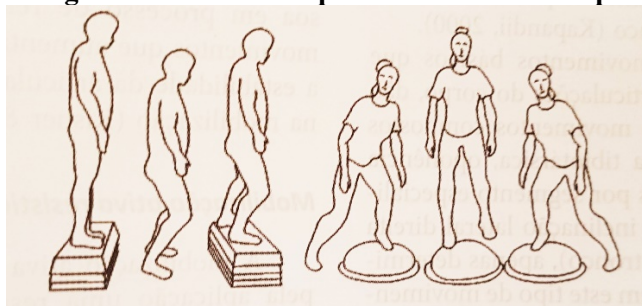
Figura 5- Treino de Equilíbrio dinâmico sentado



Fonte: DSG, 2010

Se a pessoa for capaz de permanecer de pé o treino de equilíbrio dinâmico pode ser realizado com o recurso a superfícies instáveis e fazer atividades como caminhar e saltar (Kisner & Colby, 2013).

Figura 6- Treino de Equilíbrio dinâmico em pé



Fonte: Coelho et al., 2016

Também é importante o treino de força muscular para o bom desempenho das tarefas funcionais. Estes exercícios são realizados com o recurso a resistência manual (resistência é realizada pelo profissional de saúde) ou com recurso a resistência mecânica (pesos ou faixas elásticas). Para realizar os exercícios resistidos é necessário ter em conta os seguintes determinantes: o alinhamento dos segmentos do corpo durante o exercício, estabilização das articulações, número de repetições, intervalo de repouso, velocidade do exercício (Kisner & Colby, 2013). Com o treino de força é induzido adaptações intercelulares que originam: hipertrofia muscular, aumento da força muscular, melhora a resistência à fadiga assim como da flexibilidade e diminui o risco de quedas. O tipo de contrações musculares que estão presentes no treino de força são: isotônicas (produz movimento), contração concêntrica (encurtamento das fibras musculares é a favor da gravidade), contrações excêntricas (alongamento das fibras musculares, ação contra a gravidade) e isométricas (já referidas anteriormente) (Coelho et al., 2017).

Figura 7- Contração concêntrica

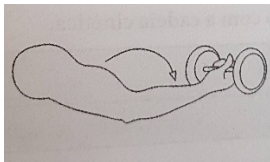


Figura 8- Contração excêntrica

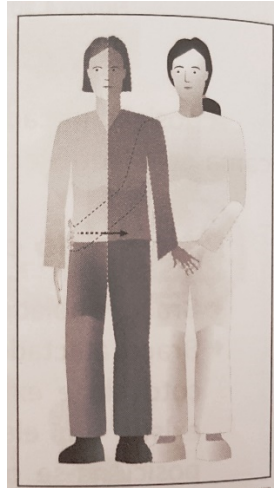


Fonte: Coelho et al., 2016

O treino de marcha controlada é introduzido depois de a pessoa conseguir ficar de pé, mantendo equilíbrio. No início do treino, a marcha deve ser assistida pelas mãos do

enfermeiro que coloca as mãos ao nível da anca para proporcionar suporte pélvico (Menoita, 2012). O treino de marcha não deve estar direcionado apenas para a melhoria da mobilidade, também deve-se dar espaço para a pessoa expressar os seus medos e ansiedades em relação ao andar (DGS, 2010).

Figura 9- Treino de Marcha Controlada



Fonte: DSG, 2010

O objetivo do treino de marcha é readquirir o padrão automático perdido. O andar deve ser eficiente, seguro e adaptável para alguém ter independência ao se locomover (OMS, 2003). Por isso, antes de se iniciar o treino de marcha controlada é necessário que se definam metas realistas, em que a segurança do ambiente esteja assegurada, eliminando possíveis obstáculos e em caso de necessidade se definam pontos de repouso (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Em pessoas com patologia respiratória ou cardíaca é importante o ensino das técnicas de conservação de energia durante o andar. A técnica de descanso -posição de cocheiro em pé, é um exemplo de forma de conservação de energia em que a pessoa na posição de pé apoia-se sobre uma superfície, com o tronco fletido e os pés ligeiramente afastados em que a isto é associado a respiração diafragmática (Cordeiro e Menoita, 2012).

No caso de a pessoa apresentar alterações de equilíbrio considerar a utilização de auxiliares de marcha (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Hoje em dia, existe uma variedade de auxiliares de marcha, nomeadamente bengalas, pirâmides, andarilhos, canadianas. A escolha destes produtos de apoio deve ser baseada na necessidade da pessoa (Coelho et al., 2017). A pessoa deve ser instruída e treinada sobre a técnica de andar com auxiliar de marcha e o EERR deve assistir e supervisionar o procedimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). A tabela 1 apresenta os diferentes tipos de auxiliares de marcha:

Tabela 1 - Tipos de auxiliares de marcha

Auxiliar de Marcha	Tipo	Indicações	Observações
Bengalas	-Um ponto de contato; -Alargam a base de apoio.	-Melhorar o equilíbrio. -Doenças articulares e degenerativas	-Segurar a bengala com a mão contralateral ao lado lesionado e próximo do corpo.
Pirâmides (tripé e quadripé)	-Base de apoio mais larga que a bengala	-Melhorar o equilíbrio; -Doenças articulares e degenerativas.	-Usadas no lado oposto ao membro inferior comprometido.
Andarilho (fixo, articulado e com rodas)	-Marcha com sustentação parcial do peso corporal; -Marcha com o apoio nos membros inferiores;	-Reduzir a carga sobre as estruturas traumatizadas ou inflamadas; -Melhorar o equilíbrio;	-São os que proporcionam maior estabilidade; -Difícil de manobrar em espaços pequenos.

	-Marcha com descarga sobre os membros inferiores.	-Reduzir a dor.	
Canadianas	-Marcha com 2 pontos; -Marcha a 3 pontos; -Marcha a 4 pontos; -Balanço ou oscilante.	-Quando existe maior equilíbrio e coordenação; -Quando um dos membros inferiores necessita de fazer carga parcial ou não faz carga; -Quando ambos os membros inferiores têm de realizar carga parcial. -Quando um dos membros inferiores não pode tocar no solo.	- Podem ser usadas com facilidade para atividades de subir e descer escadas; - O tamanho tem de ser ajustado à altura da pessoa (quando a mão segura a pega, o cotovelo de fazer uma flexão de 30°).

Fonte: Adaptado de Coelho et al. (2017) e Ordem dos Enfermeiros (2013).

Durante o treino de marcha deve ser tido em conta a segurança, ou seja, deve estar presente a prevenção de quedas. Como foi referido anteriormente, o processo natural de envelhecimento conduz a alterações físicas, sensoriais e cognitivas que diminuem a funcionalidade e levando a um aumento do risco de quedas.

A queda é um acontecimento que inadvertidamente leva a pessoa a ficar no solo ou em outro nível inferior, excluindo mudanças de posição propositadas para se apoiar

em móveis, paredes ou outros objetos (OMS, 2007). As quedas são uma enorme preocupação de segurança, sendo mais comuns na população idosa. Estima-se que ocorrem entre 4,8 e 8,4 quedas por 1000 doentes por dia, e 2 % das quedas resultam em danos graves (Fragata, 2011).

O EEER ao elaborar um PR em contexto hospitalar a pessoas com andar comprometido deve ter em consideração os fatores de intervenção intrínsecos e fatores de intervenção extrínsecos, de forma a prevenir as quedas. Nos fatores intrínsecos deve-se avaliar as alterações cognitivas/estados confusionais, alterações da visão, mobilidade/funcionalidade e gestão da eliminação. Nos fatores extrínsecos deve verificar a medicação que a pessoa esteja a tomar e se esta pode provocar hipotensões, se o calçado é antiderrapante e assegurar que o quarto não tem obstáculos, que o piso se encontra seco, colocar os objetos primordiais ao pé da pessoa como a campainha e água (Sousa, L., Vieira, C., & Branco, P. 2017).

Para inserir a pessoa com andar comprometido de volta à sua comunidade é necessário que o EEER faça uma avaliação da casa e seus acessos (Hoeman, 2011).

Devido ao envelhecimento demográfico as sociedades de hoje enfrentam novos desafios. O direito a envelhecer condignamente obriga as sociedades a reestruturar-se com a reformulação de políticas sociais, educação e de saúde (Quaresma e Ribeirinho, 2016).

Em relação às políticas de saúde, estas devem ser centradas nas populações em prejuízo da questão meramente economicista, para que seja possível melhorar os níveis atingidos até hoje. Devem ser criados mecanismos de controlo que obriguem implementação da lei de bases da saúde e da legislação. Da mesma forma, a implementação de Planos Nacionais de Saúde e medidas propostas pela OMS e União Europeia não devem ser esquecidos (Rodrigues, 2018).

O envelhecimento que se verifica na atual sociedade portuguesa tem aumentado a prevalência de doenças crónico-degenerativas, o que na maior parte das vezes são acompanhadas de sequelas que podem diminuir a capacidade funcional do idoso, nomeadamente na capacidade de andar. Desta forma e envolvendo a reabilitação uma

intervenção ativa com objetivo de conseguir a máxima funcionalidade e de melhorar a qualidade de vida, a abordagem do EEER concentra-se no desenvolvimento de competências em prol da reabilitação da pessoa com andar comprometido, tendo em conta a sua inserção na família e/ou comunidade (Vieira & Caldas, 2017; Hoeman, 2011).

2.2. JUSTIFICAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO

Nos primeiros meses de vida, a criança depende de terceiros para se mover. Com o tempo a criança desenvolve reflexo postural e aprende a rolar sentar, a gatinhar e a andar garantindo a sua independência no futuro (Caldas e Vieira, 2016). A capacidade de movimentar-se é fundamental para a realização das atividades de vida diária. Com o aumento da esperança média de vida que é proporcionado pelo desenvolvimento da medicina e tecnologia é relativamente comum que a capacidade para se mover seja afetada em algum momento da vida de uma pessoa pelo surgimento de diversas patologias, acidentes ou pelo processo natural de envelhecimento. Como já se referiu anteriormente, nos serviços onde foi realizada a clínica, as pessoas por vezes são obrigadas a um repouso terapêutico o que leva a uma diminuição de mobilidade e consequentemente observam-se os efeitos negativos da imobilidade. O andar é uma das capacidades do ser humano que fica afetada por esta problemática que consequentemente conduz a uma maior dependência no autocuidado.

A dependência no autocuidado é estimada pela ligação que existe entre as capacidades que a pessoa tem para se cuidar e as suas necessidades de cuidado (Petronilho, 2013). O autocuidado é considerado como um recurso de saúde e se houver uma intervenção para melhorar o autocuidado, vai aumentar o estado funcional, diminuindo os custos com a saúde (Fonseca, 2013). Neste sentido, a intervenção da Enfermagem de Reabilitação é fundamental, uma vez que é uma área de especialidade que possui um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos para auxiliar as pessoas a potenciar a sua funcionalidade e deste modo promover a independência (regulamento nº125/201). Hesbeen (2003) reforça a importância da reabilitação, referindo que a sua intervenção permite preparar a pessoa no seu campo físico, social,

familiar e profissional compatível com as capacidades que apresenta. Deste modo, a estratégia de intervenção profissional implementada durante o contexto de estágio teve o seguinte objetivo principal: Avaliar os ganhos na capacidade para andar, decorrentes da implementação de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação, em pessoas com andar comprometido e com potencial para melhorar essas capacidades, contribuindo para maximizar o seu bem-estar e promover a autonomia. Decorrente deste objetivo principal definiram-se três objetivos secundários:

- Melhorar a força muscular;
- Melhorar o equilíbrio corporal e diminuir o risco de queda;
- Melhorar o Autocuidado.

Perante este enquadramento, a estratégia de intervenção profissional deste relatório foi fundamentada na teoria do défice de autocuidado de Orem (2001).

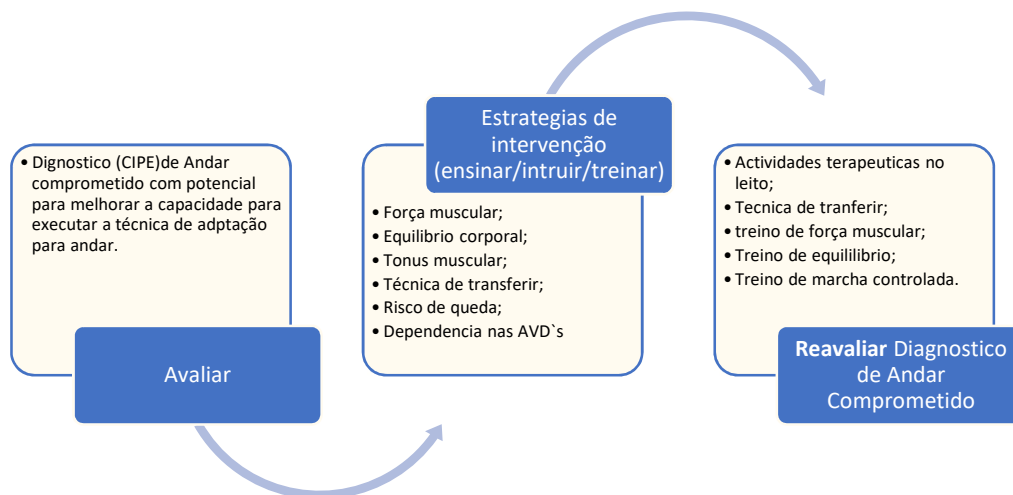
2.3. METODOLOGIA

A metodologia tem como objetivo determinar as regras de investigação que nos permitam alcançar o fim que procuramos (Vilelas, 2017).

Nesta secção, será descrito o tipo de estudo, população e amostra, instrumentos e técnicas de colheitas de dados e princípios éticos.

O projeto de intervenção contemplou a implementação de um programa de reabilitação nos utentes internados identificados com o andar comprometido e com potencial para melhorar essa capacidade (Apêndice I). Para clarificação do programa de reabilitação apresenta-se o seguinte fluxograma:

Figura 10- Fluxograma do Programa de Reabilitação a pessoas com andar comprometido



Fonte: A Própria

Com base na linguagem CIPE, o programa de reabilitação partiu do diagnóstico de Enfermagem Andar Comprometido. Decorrente deste diagnóstico surge a necessidade de realizar uma avaliação individualizada de cada pessoa dos seguintes aspectos: Força muscular (escala de lower); Tônus muscular (Escala de Ashword modificada); Equilíbrio Corporal (Escala de Berg); Risco de queda (escala de morse); Técnica de transferir (Sclenic; foco transferir); Dependência nas Atividades de vida diária (AVD's) (escala de Barthel). Após a avaliação são aplicadas as estratégias de intervenção dos cuidados de enfermagem de reabilitação de Ensinar, Instruir e Treinar: as atividades terapêuticas no leito, Técnica de transferir, Treino de Equilíbrio, Treino de Marcha Controlada.

No momento da alta ou transferência é reavaliado o diagnóstico de andar comprometido e todas as escalas utilizadas.

Na Tabela 2 serão apresentadas as estratégias de intervenção de enfermagem de reabilitação face aos diagnósticos de enfermagem alterados para pessoas com diminuição da capacidade para andar.

Tabela 2 - Intervenções de Enfermagem de Reabilitação

Diagnostico de enfermagem	Monitorizar	Intervenções de Enfermagem de Reabilitação
Movimento Corporal	-Escala de lower;	- Ensinar instruir e treinar: técnica de mobilizações: ativas, ativas resistidas, exercícios isométricos e

diminuído	-Escala de Ashword modificada	<p>isotônicos;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ensinar instruir e treinar atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, rotação controlada da anca, automobilizações, carga no cotovelo; - Providenciar dispositivos, para otimizar as mobilizações (pesos ou elásticos); - Fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores com: resistência manual, push ups, carga dos membros inferiores (pedaleira).
Equilíbrio Corporal comprometido	<p>-Escala de Berg;</p> <p>-Escala de Morse.</p>	<p>-Estimular e manter equilíbrio corporal (correção postural)</p> <p>-Ensinar, instruir e treinar atividades terapêuticas no leito: ponte, rolar, gancho, rotação controlada da anca, automobilizações, carga no cotovelo;</p> <p>- Executar técnica de treino de equilíbrio (estático e dinâmico: sentada, com as mãos de lado apoiadas na cama, suportando o peso do tronco e mantendo-se em equilíbrio e o enfermeiro tranca os joelhos; o enfermeiro induz um pequeno balanço no tronco da doente.</p> <p>- Estimular a proprioceptividade (pés apoiados no chão, exercícios de chutar a bola);</p> <p>- Exercícios de coordenação de movimentos (bater palmas, unir as pontas dos dedos das mãos, atirar e receber um objeto).</p> <p>-Treino em posição ortostática com andarilho e apoio bilateral.</p>
Autocuidado transferir comprometido	-Status de diagnostico de transferir	<p>-Ensinar, instruir e treinar/incentivar técnica de transferência;</p> <p>-Identificar a necessidade de equipamento adaptativo para a transferência (cinto de transferência, calçado antiderrapante)</p>
Andar comprometido	-Status de diagnóstico de andar	<p>-Assistir, instruir, treinar, treinar, incentivar o andar;</p> <p>-Providenciar dispositivo adaptativo para andar;</p> <p>- Assistir, instruir, treinar, treinar, incentivar com auxiliar de marcha.</p>

Fonte: A Própria

2.3.1. Tipo de Estudo

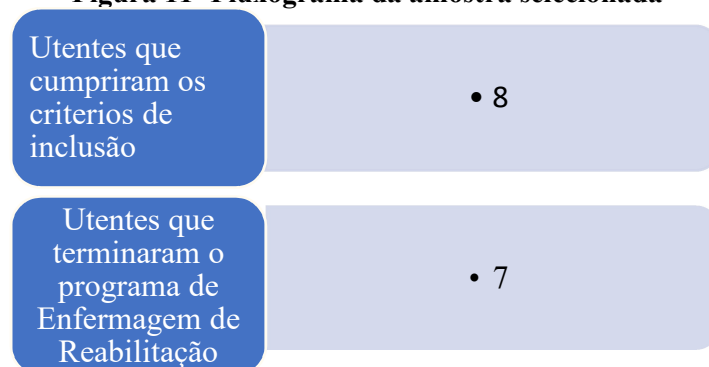
O projeto de intervenção tem uma perspectiva descritiva, uma vez que descreve um fenómeno da realidade através de uma observação estruturada. Os estudos descritivos procuram descrever as características de uma população alvo. Têm o objetivo de aumentar os conhecimentos da dimensão de um problema (Vilelas, 2017). Neste presente projeto de intervenção profissional descreveu-se os fatores que levam ao comprometimento do andar, assim como as intervenções de ER que são realizadas para permitir uma independência no andar. Para além disto, no final do PR, descreveu-se os resultados alcançados, depois da aplicação dos vários instrumentos de avaliação (equilíbrio, risco de queda, força muscular, tónus muscular e dependências nas AVD) (Fortin, Côté, & Fillion, 2009).

2.3.2. População e Amostra

A população define-se como um conjunto de sujeitos que têm particularidades comuns, definidas por um conjunto de critérios e que se encontrem num espaço comum (Fortin et al, 2009; Vilelas, 2017).

As estratégias de intervenção profissional foram desenvolvidas em contexto hospitalar, no decorrer da unidade curricular Estágio Final, no período compreendido de 17 setembro de 2018 a 13 de janeiro de 2019, no serviço de Medicina Interna e Serviço de Infeciologia/Pneumologia, do CHS, EPE. A amostra selecionada para este projeto, foram os utentes internados nos serviços e períodos referidos anteriormente, que se apresentassem orientados no tempo espaço e as pessoas que aceitassem participar no estudo. Nesta amostra de conveniência, optou-se por incluir os utentes que fossem seguidos pelo menos durante 3 dias por parte do ER, ou seja que usufruíssem de 3 dias do plano e intervenção. Desta forma, a amostra selecionada apresenta-se conforme o fluxograma presente na figura 3:

Figura 11- Fluxograma da amostra selecionada



Fonte: A Própria

Das oito pessoas que cumpriram os critérios de inclusão, uma não terminou o programa de reabilitação devido a deterioração do seu estado clínico acabando mesmo por falecer.

2.3.3. Instrumentos e técnicas de colheita de dados

No programa de reabilitação foram definidas duas fases, uma de avaliação e outra de execução. Foi construído um instrumento de recolha de dados (Apêndice II), onde primeiro são recolhidas as variáveis de caracterização sociodemográfica da amostra, integrando na Secção A, idade, género, estado civil e habilitações literárias. Na secção B é realizada a caracterização clínica – Área patológica (Cerebrovascular, Pneumonia, infeciologia). Por fim, a secção C é referente aos instrumentos de avaliação utilizados – Escala de Morse, Escala de Barthel, Escala de Ashword modificada, Escala de Lower, escala de equilíbrio de Berg. Este instrumento de recolha de dados também contempla a informação relacionada com o foco transferir, avaliação do andar e avaliação do potencial de reconstrução de autonomia e potencial para melhorar a capacidade para executar técnica de adaptação para andar.

Os instrumentos de recolha de dados são um recurso que o investigador utiliza para conhecer os fenómenos e extrair deles informação (Vilelas, 2017). A utilização dos instrumentos de avaliação, que neste caso são escalas, permitem aos EEER quantificar e

demonstrar os resultados obtidos da sua intervenção e desta forma caracterizar a condição de saúde da pessoa com mais clareza (Ordem dos Enfermeiros, 2016). O seguinte quadro apresenta as escalas utilizadas neste projeto de intervenção.

Tabela 3 - Escalas

Escala de Morse (Anexo I)	<p>Objetivo: Avaliar o risco de queda</p> <p>Autores: Morse</p> <p>Ano: 1989</p> <p>Interpretação de resultados: Seis itens com duas ou três hipóteses de resposta para cada um. É dada uma pontuação para cada resposta e a soma das pontuações obtidas em cada um dos seis itens, resulta num score que indica o risco de queda. A pontuação varia de 0 a 125 pontos, em que quanto menor o score, menor o risco de queda.</p>
Índice de Barthel (Anexo II)	<p>Objetivo: Avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas</p> <p>Autores: Mahoney FI, Barthel</p> <p>Ano: 1965</p> <p>Interpretação de resultados: A pontuação da escala varia de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A pontuação mínima de zero corresponde a máxima</p>

	dependência para todas as atividades de vida diárias (AVD) avaliadas, e a máxima de 100 equivale a independência total para as mesmas AVD avaliadas.
Escala de Ashword modificada (Anexo III)	<p>Objetivo: Avaliação do tônus/espasticidade.</p> <p>Autores: Bohannon, Richard W, Smith, Melissa B.</p> <p>Ano: 1987</p> <p>Interpretação de resultados: Realiza-se a mobilização passiva dos membros e avalia-se a resistência.</p>
Escala de Lower (Anexo IV)	<p>Objetivo: Avaliar a Força muscular.</p> <p>Autores: Lower</p> <p>Interpretação de resultados: A apreciação da força é realizada bilateralmente com uso da força do profissional e permite classificar a força muscular entre 0 e 5, variando entre a ausência de movimento (0) e de contração muscular e o movimento normal (5)</p>
Escala de Equilíbrio de Berg (Anexo V)	<p>Objetivo: Avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico; predizer o risco de queda em adultos e idosos.</p> <p>Autores: Katherine Berg</p> <p>Ano: 1992</p> <p>Interpretação de resultados: cada tarefa é classificada com uma escala de 5 alternativas que recebem a pontuação de</p>

	0 a 4 em função do desempenho do utente, (0 - incapaz de executar, 4 - capaz de executar de forma independente) obtendo um score total de 56 pontos. Portanto, quanto maior for o score, menor é o risco de queda e maior o equilíbrio. 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom 21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.
--	--

Adaptado de: Ordem dos Enfermeiros (2016); Costa e Ferreira (2014); Alves, A., Ferreira, Ó., & Baixinho, C (2016)

O Scinic é a aplicação informática utilizada no CHS e é uma ferramenta fundamental de registo. Os registos de enfermagem são realizados com base na linguagem CIPE. Desta forma o programa de intervenção contemplou os diagnósticos de enfermagem Transferir e Andar visto que estes, produzem indicadores sensíveis à ER (Ordem dos enfermeiros , 2018). Os focos Transferir e Andar surgem com os seguintes Status/Juízos: Independente, reduzido, moderado e elevado. No projeto de intervenção, a avaliação destes Status/juízos é o que vai demonstrar se houve ou não evolução da pessoa que usufruiu dos cuidados de ER.

2.3.4. Princípios Éticos

A ética é a ciência da moral que orienta o nosso comportamento e postura, ou seja, é um juízo filosófico que se baseia em princípios empregados para justificar ações e resolver problemas (Vilelas, 2017).

A investigação nas disciplinas científicas que envolvam seres humanos levanta questões morais e éticas, porque se pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa (Vilelas, 2017; Fortin et al, 2009). Desta forma, nas investigações científicas é obrigatório o respeito pelos seguintes direitos: (Vilelas, 2017)

- O direito à autodeterminação – Respeitar os direitos daqueles que autonomamente decidirem participar ou não na investigação. Deve ser dada a informação ao participante que pode abandonar o estudo a todo e qualquer momento.
- O direito à Intimidade – Deve ser assegurada a proteção de intimidade dos sujeitos do estudo.
- O Direito à intimidade ao anonimato e à confidencialidade- Os dados pessoais não podem ser disseminados sem autorização dada pela pessoa.
- O direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo- O investigador tem de defender a pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal.
- O direito a um tratamento justo e equitativo- O investigador tem obrigação de proporcionar um tratamento justo e equitativo, antes durante e após a sua participação.

Para a presente investigação, requereu-se o aval da Comissão de Ética do gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CHS (Anexo VI). Os participantes integraram-se no estudo de forma voluntária e após terem sido completamente esclarecidos acerca da investigação e de ter sido dado tempo para retirarem dúvidas, explicados que os dados recolhidos seriam apenas para o estudo, procederam à assinatura do documento de consentimento livre e esclarecido (Apêndice III).

2.4. RESULTADOS

Após a implementação do programa é indispensável proceder à análise dos resultados das intervenções implementadas de forma a averiguar se os objetivos foram alcançados. Os resultados obtidos foram sujeitos a técnicas de natureza descritiva, ou seja, foram aplicadas um conjunto de regras que resumem a informação recolhida de uma amostra sem perda de informação (Vilelas, 2017). A apresentação dos resultados inicia-se pela caracterização da amostra ao nível sociodemográfico, seguindo-se a caracterização clínica e por fim os resultados recolhidos através dos instrumentos de avaliação e outros resultados pertinentes para o estudo. A análise de dados obteve-se através da estatística descritiva do Excel 2017.

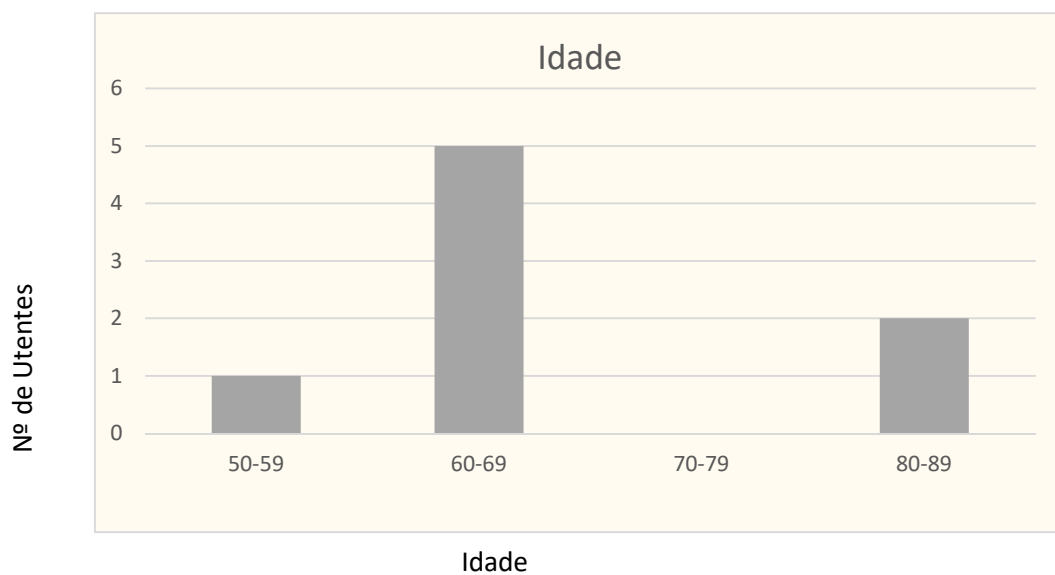
A tabela 3 descreve a caracterização sociodemográfica segundo as variáveis seleccionadas. A amostra do PR foi composta por um total de oito participantes com idades compreendidas entre os 58 e os 86 de idade, tendo-se apurado uma média de idade que se situou nos 68 anos. Destaca-se o grupo etário 60-69 anos, com 5 utentes (Gráfico1). Em relação ao género sexual, observa-se um número igual de utentes tanto para o sexo masculino (n=4) como para o sexo feminino (n=4). Na variável estado civil, 50% da amostra era casada. A maioria possuía o ensino básico (87,5%).

Tabela 4 - Caracterização Sociodemográfica

	Amostra(n=8)
Idade (média)	68 Mínima-58 anos Maxima-86 anos
Género Sexual (%)	Feminino-4 (50%) Masculino-4 (50%)
Estado civil (%)	Solteiro-2 (25%) Casado-4 (50%) Divorciado – 1(12,5%) Viúvo-1 (12,5%)
Habilitações literárias (%)	Analfabeto- 0 (0%) Ensino Basico-7 (87,5%) Ensino Secundário-1(12,5%)

Fonte: A própria

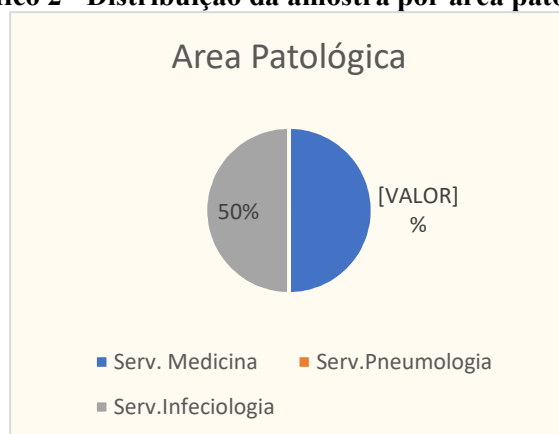
Gráfico 1 - Distribuição da idade da amostra



Fonte: A própria

No que concerne à caracterização clínica em relação da distribuição da amostra por área patológica (Gráfico 2), verifica-se que 50% da amostra são utentes do Serviço de Infeciologia, 50% do serviço de Medicina e 0% do serviço de Pneumologia.

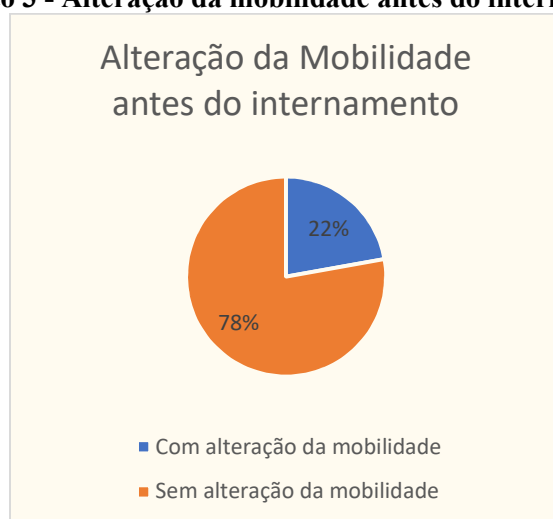
Gráfico 2 - Distribuição da amostra por área patológica



Fonte: A própria

Ainda em relação à caracterização clínica foi recolhida a informação se os utentes apresentavam alteração da mobilidade antes do internamento (gráfico 3), verificando-se que apenas 22% da amostra já possuía alterações de mobilidade.

Gráfico 3 - Alteração da mobilidade antes do internamento



Fonte: A própria

Em seguida apresenta-se os dados recolhidos através dos Instrumentos de Avaliação. Foram realizados dois momentos de avaliação, o primeiro na admissão do utente e outro no momento da alta.

Com objetivo de avaliar a capacidade funcional da pessoa foi utilizado o índice de Barthel, desta forma na tabela nº 4 encontram-se as avaliações individuais para o índice de Barthel em dois momentos de avaliação. Como se pode constatar os scores de todos os utentes melhoraram, significando com isto que o grau de dependência diminuiu após a participação no PR. A média dos scores na primeira avaliação corresponde a uma dependência Severa(média de 39 com um desvio padrão (DP) de 21) contrapondo a uma dependência leve na média dos scores (média de 82 com um DP de 18,5) na segunda avaliação.

Tabela 5 - Índice de Barthel ao longo do internamento

	1ªavaliação	2ªAvaliação (Alta)
Utente 1	30	85
Utente 2	81	100
Utente 3	54	50
Utente 4	20	faleceu
Utente 5	30	100
Utente 6	20	65
Utente 7	30	85
Utente 8	31	91
Média(n=7)	39	82
Desvio Padrão (DP)	21	18,5

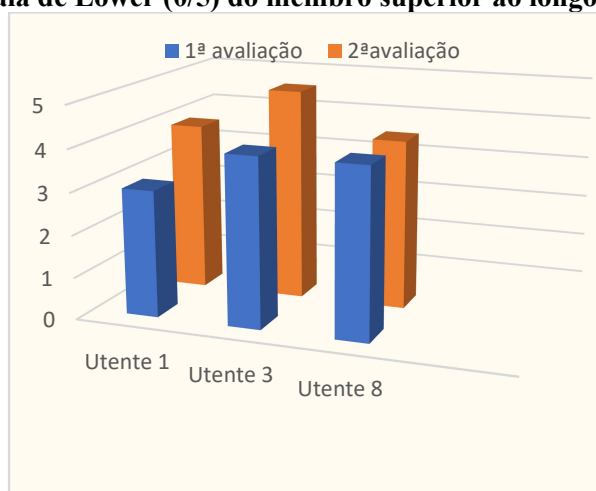
Interpretação do Resultado:100 pontos – totalmente independente ;99 a 76 pontos – dependência leve;75 a 51 pontos - dependência moderada;50 a 26 pontos – dependência severa ;25 e menos pontos – dependência total

Fonte: A própria

A diminuição da força muscular e o aumento do tônus muscular vão produzir alterações na amplitude articular o que implica uma diminuição da funcionalidade. A avaliação do tônus e da força muscular foram realizadas através da escala de Lower e da escala de Asword Modificada e à semelhança das outras variáveis foram realizadas em dois momentos.

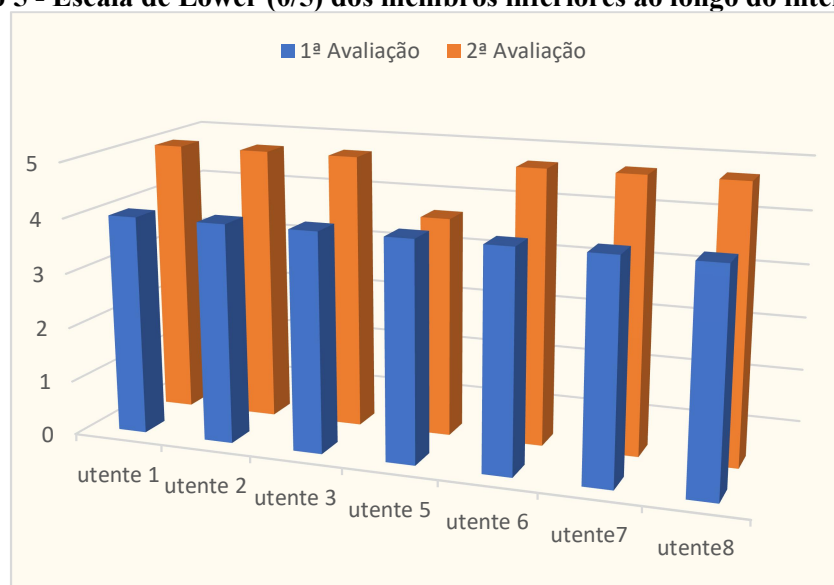
A avaliação da força muscular é efetuada nos membros superiores e nos membros inferiores direitos e esquerdos. O gráfico 4 apresenta os utentes com alteração da força muscular nos membros superiores e sua evolução ao longo do internamento. Como se pode verificar em dois dos utentes houve melhoria e o utente 8 manteve a mesma avaliação de força muscular. Estes utentes pertenciam à área da medicina e de infeciologia e tiveram como diagnostico médico um Acidente Vascular Cerebral. No gráfico 5 observam-se os utentes com alteração da força muscular nos membros inferiores e que nesta situação constata-se que todos os utentes da amostra independentemente do diagnostico médico apresentam diminuição da força muscular (os gráficos apresentados apenas refletem as avaliações efetuadas aos membros afetados).

Gráfico 4 - Escala de Lower (0/5) do membro superior ao longo do internamento



Fonte: A própria

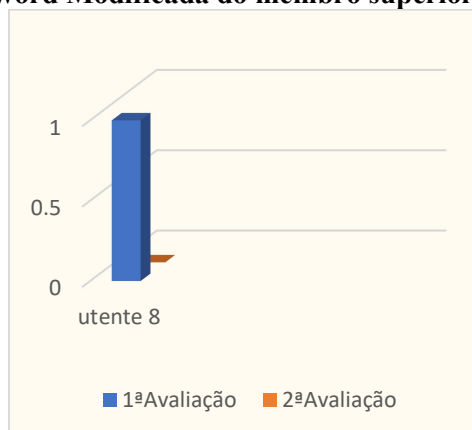
Gráfico 5 - Escala de Lower (0/5) dos membros inferiores ao longo do internamento



Fonte: A própria

Em relação à avaliação do tônus muscular só o utente 8 (diagnostico médico de AVC) apresentou alteração do tônus a nível do membro superior e com a aplicação do programa de reabilitação melhorou a sua condição (gráfico 6).

Gráfico 6 - Escala de Asword Modificada do membro superior ao longo do internamento



Fonte: a Própria

A pessoa com alteração do equilíbrio corporal vai ter obrigatoriamente a capacidade para andar comprometida e um maior risco de quedas. Desta forma, a intervenção do EEER é fundamental no devolver das competências necessárias na recuperação do equilíbrio e mais especificamente o andar. Assim, foram realizadas avaliações do Risco de queda e do equilíbrio corporal.

Na tabela 5 encontram-se as avaliações para cada pessoa da amostra para o risco de queda, através da aplicação da escala de Morse. Podem-se observar uma melhoria dos scores tanto a nível individual como a nível da média. A maior parte dos utentes apresentava alto risco de queda (média =59 e um DP de 17) na primeira avaliação e na segunda avaliação um baixo risco de queda (média = 37 e um DP de 18,8).

Tabela 6 - Escala de Morse ao longo do internamento

	1ªavaliação	2ªAvaliação (Alta)
Utente 1	75	30
Utente 2	55	15
Utente 3	35	40
Utente 4	75	faleceu
Utente 5	60	75
Utente 6	45	40
Utente 7	85	25
Utente 8	55	35
Média(n=7)	59	37
Desvio padrão	17	18,8

Interpretação do Resultado: 0 – 24 pontos: sem risco de queda; 25 – 50: risco de queda baixo; >50: risco de queda elevado.

Fonte: A própria

A tabela 6 expõe os resultados obtidos através da avaliação da escala de Berg ao longo do internamento. Esta escala tem o objetivo de avaliar o equilíbrio funcional, estático e dinâmico e prever o risco de queda em adultos e idosos. Após a implementação do programa de reabilitação confirmou-se que houve uma melhoria da média dos scores entre a primeira (14-elevado risco de queda/ equilíbrio diminuído com um DP de 10,1) e a segunda avaliação (35- risco de queda médio/ equilíbrio médio com um DP de 9,4).

Tabela 7 - Escala de Berg ao longo do internamento

	1ªavaliação	2ªAvaliação (Alta)
Utente 1	2	38
Utente 2	32	48
Utente 3	16	21
Utente 4	6	faleceu
Utente 5	17	31
Utente 6	7	39
Utente 7	17	27
Utente 8	20	43
Média(n=7)	14	35
Desvio padrão	10,1	9,4

Interpretação do Resultado: 41-56 = baixo risco de queda / equilíbrio bom
21-40 = risco de queda médio/ equilíbrio médio 0 - 20 = elevado risco de queda / equilíbrio diminuído.

Fonte: A própria

A tabela 8 resultou da construção de um instrumento de avaliação com o objetivo de apresentar com mais pormenor a evolução da eficácia do equilíbrio ao longo do internamento. De uma forma geral, todos os doentes apresentaram melhoria do equilíbrio corporal tanto estático e dinâmico. Quatro utentes que no final do programa de Reabilitação que mantiveram o equilíbrio dinâmico pouco eficaz, dois já apresentavam alteração da mobilidade anterior e mantiveram-se a deambular com auxílio de andarilho. A utente 3 era a utente mais idosa, com o diagnóstico médico de AVC e aquando da alta necessitou de auxiliar de marcha nomeadamente o andarilho para colmatar a diminuição de equilíbrio. O utente 6 foi internado sem alteração da mobilidade anterior, mas o diagnóstico de meningite teve como consequência alterações

graves a nível do equilíbrio, que foram melhorando ao longo do internamento e no momento da alta e após o programa de reabilitação só o equilíbrio em pé dinâmico se encontrava alterado.

Tabela 8 - Eficácia do equilíbrio corporal ao longo do internamento

			1ª avaliação			2ª avaliação		
			Eficaz	Pouco eficaz	Não Eficaz	Eficaz	Pouco eficaz	Não Eficaz
Utente 1	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico		X		X		
	Em pé	Estático			X	X		
		Dinâmico			X	X		
Utente 2	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico	X			X		
	Em pé	Estático	X			X		
		Dinâmico		X		X		
Utente 3	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico		X		X		
	Em pé	Estático	X			X		
		Dinâmico		X			X	
Utente 5	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico	X			X		
	Em pé	Estático		X		X		
		Dinâmico		X			X	
Utente 6	Sentado	Estático		X		X		
		Dinâmico		X		X		
	Em pé	Estático		X		X		
		Dinâmico			X		X	
Utente 7	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico	X			X		
	Em pé	Estático		X		X		
		Dinâmico		X			X	
Utente 8	Sentado	Estático	X			X		
		Dinâmico	X			X		
	Em pé	Estático	X			X		
		Dinâmico		X		X		

Fonte: A própria

Na tabela 9 e 10 podem ser observadas as apreciações individuais em relação ao grau de dependência no transferir-se, avaliado de acordo com as definições da CIPE. Analisado a tabela 9 e 10, constata-se que quatro utentes (57% da amostra) na primeira avaliação apresentavam o diagnóstico de dependente em grau elevado e que na segunda avaliação três utentes evoluíram para status dependente em grau reduzido (43% da amostra) e um para status independente (14% da amostra). Contata-se ainda que dois utentes com o diagnóstico dependente em grau moderado no final do programa de reabilitação evoluíram para status independente (57,1% da amostra).

Tabela 9 - Status diagnostico transferir ao longo do internamento

	1ªavaliação	2ªAvaliação (Alta)
Utente 1	Dependente em grau elevado	Independente
Utente 2	Independente	Independente
Utente 3	Dependente em grau elevado	Dependente em grau reduzido
Utente 4	Dependente em grau elevado	faleceu
Utente 5	Dependente em grau elevado	Dependente em grau reduzido
Utente 6	Dependente em grau elevado	Dependente em grau reduzido
Utente 7	Dependente em grau moderado	Independente
Utente 8	Dependente em grau moderado	Independente

Fonte: A própria

Tabela 10 - Status diagnostico transferir ao longo do internamento em %

Status diagnóstico transferir	1ª Avaliação (n=7)	2ª Avaliação (n=7)
Dependente em grau elevado	4-57,1%	0-0%
Dependente em grau moderado	2-28,5%	0-0%
Dependente em grau reduzido	0-0%	3-43%
Independente	1-14%	4-57,1%

Fonte: A própria

A tabela 11 e 12 apresenta os resultados da evolução dos Status do diagnostico andar ao longo do internamento. Três dos utentes com o diagnostico comprometido (43% da amostra) para o andar em grau elevado na segunda avaliação, no momento da alta apresentavam-se independentes no andar com auxiliares de marcha. Dos três utentes (43% da amostra) com o diagnostico de andar comprometido em grau moderado na primeira avaliação dois dos utentes evoluíram para o status de independente com auxiliar de marcha e um evoluiu mesmo para independente no andar, ou seja, sem andar comprometido. A utente dois foi a que evolução mais rápida, pois era a utente mais nova e com menos alterações no equilíbrio corporal e força muscular. No final do

programa de Reabilitação 71% da amostra, ou seja, 5 utentes apresentavam-se independentes com auxiliar de marcha e 28,5% da amostra independentes para o andar.

Tabela 11 - Status diagnostico Andar ao longo do internamento

	1ªavaliação	2ªAvaliação (Alta)
Utente 1	Dependente em grau elevado	Independente com auxiliar de marcha
Utente 2	Dependente em grau reduzido	Independente
Utente 3	Dependente em grau moderado	Independente com auxiliar de marcha
Utente 4	Dependente em grau elevado	faleceu
Utente 5	Dependente em grau moderado	Independente com auxiliar de marcha
Utente 6	Dependente em grau elevado	Independente com auxiliar de marcha
Utente 7	Dependente em grau elevado	Independente com auxiliar de marcha
Utente 8	Dependente em grau moderado	Independente

Fonte: A própria

Tabela 12 - Status diagnostico Andar ao longo do internamento em %

	1ª Avaliação (n=7)	2ª Avaliação (n=7)
Dependente em grau elevado	3-43%	0-0%
Dependente em grau moderado	3-43%	0-0%
Dependente em grau reduzido	1-14%	0-0%
Independente	0-0%	2-28,5%
Independente com auxiliar de marcha	0-0%	5-71%

Fonte: A própria

2.5. DISCUSSÃO

Tendo em conta os resultados apresentados, de seguida procede-se à sua discussão conforme as evidências encontradas em estudos publicados. Será feita uma análise crítica, de modo a possibilitar uma melhor compreensão. Em primeiro lugar serão analisados os dados sociodemográficos e em seguida a discussão dos resultados tendo em consideração os objetivos inicialmente traçados.

Relativamente à caracterização da amostra a nível sociodemográfico, verificou-se que a idade média da amostra era de 68 anos de idade e que o grupo etário predominante da se situa entre 60-69. A OCDE (2019) define população idosa como aquela que apresenta pessoas 65 anos ou mais de idade. Os dados recolhidos vão de encontro às estáticas do INE em 2015 revelando que cerca de 20% da população Portuguesa, tinham 65 anos de idade ou mais e que o índice de envelhecimento atingiu 140 idosos por cada 100 jovens. Esta é uma tendência que se espera manter. (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2017). Como foi referido anteriormente o processo natural de envelhecimento é caracterizado por inúmeras alterações biológicas que diminuem as capacidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas o que leva a uma maior facilidade em contrair doenças e consequentemente um aumento da dependência para o autocuidado e diminuição da qualidade de vida. Com isto pretende-se focar a importância de um envelhecimento ativo e saudável, pois este pode produzir um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos, da maior satisfação dos profissionais de saúde e cuidadores informais assim como da maior eficiência e aumento da produtividade dos sistemas de saúde e de segurança social (Direção Geral da Saúde, 2017).

Ao analisar o estado civil constata-se que 50% da amostra era casada e os restantes 50% eram solteiros, viúvos ou divorciados. Este facto é importante destacar visto que as pessoas que vivam sozinhas possam necessitar de apoio de um cuidador informal após alta. Segundo Pereira (2011), cuidador informal é aquela pessoa que assume a responsabilidade do cuidado de outra pessoa na impossibilidade de esta o

fazer e é uma atividade não remunerada. O mesmo autor no seu estudo acerca da experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado, relata quatorze pessoas que após um evento súbito negativo necessitaram de cuidador informal independentemente do diagnóstico médico.

No que diz respeito às habilitações literárias, 87,7% da amostra possuía o ensino básico. A caracterização da amostra revela-se importante, pois o nível de escolarização influencia a realização do autocuidado. Lei e Cai (2018) num estudo que descreve os fatores que influenciam a habilidade para o autocuidado revela que os níveis de escolaridade influenciam a capacidade para o autocuidado.

Objetivo de melhorar a força muscular

Com o intuito de dar resposta ao objetivo de melhorar a força muscular e tónus muscular foram aplicadas as escalas de lower e escala de Asword Modificada e constatou-se que em relação ao tónus muscular apenas um utente com AVC apresentou alteração do tónus muscular no membro superior e que no final do programa de reabilitação tinha melhorado a espasticidade do membro. Isto vai de encontro ao estudo de Krishnamoorthy, K., Varadharajulu, G. & Kanase, S. B. (2017) que investigou o efeito combinado de um plano exercícios sobre a espasticidade aplicado durante 6 semanas. Os resultados evidenciam uma redução da espasticidade após o plano de exercícios.

A manutenção de bons níveis de força muscular é fundamental para a execução de várias tarefas do quotidiano, nomeadamente para o andar (Preto, Leonel; Gomes, Joana; Novo, André; Mendes, Maria; Granero -Molina, José 2016). No concerne ao objetivo de melhorar a força muscular pode-se observar que todos os utentes deste estudo após o programa de reabilitação tiveram melhoria da força muscular. Preto et al. (2016) ao estudarem os efeitos de um programa de enfermagem de reabilitação na aptidão funcional de idosos institucionalizados verificaram um aumento de força global a nível do membro superior dominante e membros inferiores após exercícios de treino de força muscular, o que se traduziu na melhoria da capacidade funcional.

Objetivo de melhorar a equilíbrio corporal

Durante o ciclo vital o corpo humano passa por transformações que ocasionam a diminuição de algumas capacidades físicas como é caso do equilíbrio. O comprometimento do equilíbrio está associado com a idade, polimedicação e patologias (Coelho et al., 2017).

Com o objetivo de melhorar o equilíbrio corporal e diminuição do risco de queda, foram utilizadas as escalas de Berg e escala de Morse a fim de monitorizar a evolução ao longo do internamento. No primeiro momento de avaliação apurou-se que o equilíbrio corporal se encontrava alterado com uma média 16 no score para a escala de Berg, significando com isto que a maioria dos utentes apresentavam um equilíbrio diminuído e que o equilíbrio dinâmico (sentado ou em pé) se apresentava significativamente alterado. Acompanhando estas alterações a nível do equilíbrio, o risco de queda na maioria dos utentes apresentava-se elevado com uma média de 59 de score na escala de morse. Estes dados vão de encontro com o estudo de Sarges, N., Santos, M., & Chaves, E. (2017) (2017), que verificaram que a maioria dos idosos internados apresentam também um elevado risco de queda, o que significa a necessidade de implementar medidas preventivas para evitar as quedas. Na segunda avaliação a situação referida anteriormente melhorou significativamente após a intervenção da enfermagem de reabilitação, pois a media do score para a escala de Berg é de 35 o que significa um equilíbrio médio. Na escala de Morse, no final, apresentava-se com um baixo risco de queda para a maioria dos utentes. Numa revisão sistemática da literatura realizada por Mansfield, A., Wong, J., Bryce, J., Knorr, S. & Patterson, K. (2015), que analisaram se um programa de reabilitação focado no treino de equilíbrio diminui o risco de quedas em pessoas idosas com perturbações neurológicas. As conclusões deste estudo demonstraram que o treino de equilíbrio reduz a probabilidade de quedas nessas pessoas. Também, na revisão sistemática da literatura realizada por Cunha & Pinheiro (2016) sobre o papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos, concluíram que de uma forma geral os programas de exercício físico são eficazes na diminuição do risco de queda e que o tipo de exercício físico mais eficaz na prevenção das quedas nos idosos é o treino de equilíbrio.

Objetivo de melhorar o autocuidado

A realização do autocuidado é um assunto pessoal pois engloba rituais, hábitos, períodos de tempo e formas de aprendizagens desde a infância que são transmitidas através da família e culturas. Os EEER defendem para os seus utentes o máximo de autonomia e participação por objetivos adequados de forma a promover qualidade de vida (Hoeman, 2011).

O objetivo de melhorar o autocuidado neste estudo foi monitorizado através do Índice de Barthel e com a monitorização do status de diagnostico de transferir. No resultado da monitorização do índice de Barthel que avalia o desempenho em dez atividades de vida diária verificou-se que na primeira avaliação a media do score foi de 35 de na segunda avaliação a media do score foi de 82, o que significa que após o programa de reabilitação houve uma evolução de dependência severa para uma dependência leve. Monteiro, (2012) num estudo sobre a importância da atividade física na aptidão física dos idosos relacionada ao nível de dependência nas atividades de vida diária e nas atividades instrumentais da vida diária, revelou que o grupo que foi sujeito um programa de exercícios apresentou maiores níveis de independência, demonstrados pelo índice de Barthel e índice Lawton.

A transferência implica a mudança da pessoa que se encontra deitada para a posição de sentado na cadeira. Dependendo das limitações da pessoa, a transferência pode ser realizada com ajuda parcial ou ajuda total (Lourenço e Moreno, 2016). No presente estudo, o status de diagnostico de transferir na primeira avaliação constatou-se que 57% da amostra, ou seja, a maioria se encontrava dependente para esta atividade e que após o PR 57,1% da amostra estava independente e 53% estava dependente em grau reduzido. Petronilho et al (2007) num estudo sobre o grau de funcionalidade de uma pessoa após um evento critico como resultados acerca da capacidade para transferir revela que 90% da amostra tinha dificuldade em ergue-se da posição de deitado para a posição de sentado. Este resultado revelou a importância de intervir nesta atividade.

Objetivo principal de melhorar a capacidade para o andar

Andar é uma atividade da vida diária complexa pois envolve a interação entre o sistema nervoso, musculoesquelético e cardiorrespiratório. Dificuldades na marcha afeta a independência das pessoas e consequentemente a qualidade de vida (Pirker & Katzenschlager, 2016).

No presente estudo, a primeira avaliação do status andar revela que 43% da amostra encontrava-se dependente em grau elevado e 43% em grau moderado. Este facto pode ser justificado pela prevalência do grupo etário se encontrar 60-69 anos. Numa revisão de literatura Pirker & Katzenschlager (2016), afirmam que prevalência de perturbações da marcha aumenta de 10% em pessoas com idades entre os 60-69 anos mais de 60% em indivíduos da comunidade com idade superior a 80 anos.

Após a amostra deste estudo ter sido sujeita a um PR direccionado para a melhoria da capacidade de andar verificou-se que 71% da amostra evoluiu para um status de independente com auxiliar de Marcha. O auxiliar de marcha selecionado foi o andarilho para colmatar a diminuição do equilíbrio. O EEER tem a competência para elaborar e implementar treino de AVD's com o objetivo de adaptar às limitações de mobilidade existentes e intervém de forma a ensinar e supervisionar a utilização de produtos de apoio, de forma a maximizar a funcionalidade da pessoa (Regulamento 1258/2011). Num estudo qualitativo de Rico, Natália; Lemos, Naira; Ferreira, Caroline (2012) acerca da perceção dos idosos sobre o uso de um dispositivo de auxiliar de marcha demonstraram que a utilização do mesmo levou a um aumento da funcionalidade do grupo de idosos que entrou no estudo.

A melhoria que se verificou na capacidade para o andar também se deve à implementação de um conjunto de exercícios isométricos e terapêuticos com objetivo de preparar os músculos para o andar e devido também ao treino de equilíbrio (Hoeman, 2011). Garcia et al (2017) avaliaram a eficácia de um programa de reabilitação com o objetivo de melhorar a marcha em pessoas com AVC. O PR tinha uma duração de 45 minutos três vezes por semana num período de 6 meses, os resultados mostraram uma melhoria significativa no andar em longas distâncias, em diferentes superfícies e em torno de obstáculos. Outro estudo envolvendo pessoas que sofreram um AVC, de

Ribeiro et al. (2017) com o objetivo de avaliar se adição de carga no membro parético durante o treino em passadeira se melhorava o desempenho da marcha, concluíram que a adição da carga não alterava os parâmetros cardiovasculares e que melhorava a eficiência do movimento, o que se traduziu por um melhor desempenho da marcha. Pirker & Katzenschlager, (2016) na sua revisão de literatura concluíram que pessoas com alterações neuromusculares que evidencia distúrbios da marcha beneficiam de intervenções como exercícios de força muscular, treino de resistência e treino de coordenação.

Os resultados obtidos através da implementação de um PR a pessoas com o andar comprometido contribuem de forma evidente para os ganhos em saúde nas pessoas com défice no andar ao melhorar o autocuidado. Ao realizar-se uma análise estatística dos resultados obtidos, demonstrou-se que a intervenção de enfermagem de reabilitação produziu uma melhoria em todos os objetivos delineados revelando que houve ganhos em saúde. Para além disto, a discussão dos resultados tendo em conta a evidência de estudos já realizados reforçam esta premissa.

Desta forma e tendo em conta as estratégias utilizadas neste PR, admite-se que foram desenvolvidas um conjunto de intervenções benéficas para os utentes que beneficiaram do PR.

3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

A realização deste relatório e as atividades desenvolvidas durante o estágio foram fundamentais na aquisição e desenvolvimento de competências. Desta forma, este capítulo tem como objetivo a análise e reflexão sobre as competências adquiridas durante o percurso académico. Será realizada uma reflexão sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, sobre as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação e sobre as competências de Mestre adquiridas.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro especialista (EE) é o enfermeiro a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados na área de especialidade a que lhe foi atribuído o título de EE (regulamento nº140/2019). O título de EE inclui para além das competências descritas em cada regulamento de cada especialidade um conjunto de competências comuns que são aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (regulamento nº140/2019).

O enfermeiro especialista é caracterizado por possuir conhecimentos, capacidades e habilidades, que atua mediante as necessidades de saúde de grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas em diferentes níveis de prevenção (Regulamento n.º140/2019). As competências do EE resultam do aprofundamento dos conhecimentos, de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento nº140/2019). Independentemente da área de especialidade, todos os EE partilham um grupo de domínios comuns que são aplicados em todos os contextos da prestação de cuidados em saúde (primários, secundários e terciário). Além disto, os EE têm a responsabilidade nas dimensões da educação dos utentes e dos pares de orientação,

aconselhamento, liderança e disseminar e de orientar investigação relevante, de forma a melhorar a prática de enfermagem (Regulamento nº140/2019).

Existem quatro domínios de competências comuns: competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº140/2019).

Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Este domínio refere-se ao desenvolvimento do exercício profissional, ético e legal em que o EE apresenta um exercício seguro, profissional e ético. Esta competência tem uma base sólida de conhecimentos no domínio ético-deontológico e garante que na prática de cuidados são respeitados os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e tem três unidades de competência (Regulamento nº140/2019).

Durante a prestação de cuidados especializados foi colocada em prática o conceito de autocuidado (necessidade de cuidados de enfermagem na ausência da pessoa conseguir manter a qualidade ou quantidade de autocuidado exigida para sustentar a sua vida e a saúde). Neste conceito, na teoria de autocuidado de Orem a pessoa é considerada como única irrepetível e irredutível. Ou seja, trata-se de uma perspetiva da moral, onde é valorizada a individualidade de cada pessoa na medida em que cada indivíduo é sujeito das suas decisões e a profissão de enfermagem à luz deste modelo conceptual, está ligada à obrigação moral de capacitar a pessoa para o autocuidado (Veiga, 2006). Desta forma, no conceito de autocuidado é cumprido o respeito pela dignidade das pessoas que implica ao mesmo tempo o respeito pela liberdade. Em saúde, no respeito pela liberdade o enfermeiro é obrigado a incluir a vontade da pessoa assistida no planeamento dos cuidados de enfermagem (Deodato, 2016).

Durante o estágio, foram prestados cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa com lesão neurológica e à pessoa com alterações do foro respiratório. Estes cuidados foram sustentados pela regulamentação que serve de base tanto à profissão de enfermagem como à especialidade de ER. A tomada de decisão foi guiada pelo código deontológico, assegurando o cumprimento dos princípios éticos do cuidar e pela

proteção dos direitos dos utentes na informação, confidencialidade, privacidade e autodeterminação estiveram sempre presentes durante a prestação de cuidados. Os princípios e valores tais como os deveres deontológicos, devem ser universais, em qualquer contexto de cuidado (Deodato,2016).

O projeto de intervenção profissional foi aprovado pela comissão de ética do Centro Hospitalar de Setúbal garantindo assim que todas as considerações éticas sobre os procedimentos de investigação estão presentes.

Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria da qualidade pretende o desenvolvimento de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade e participa na disseminação necessária até a um nível operacional (Regulamento n.º 140/2019).

Para Hesbeen (1998), uma prática de cuidados de qualidade esta inserida num contexto político, económico e organizacional bem identificado e é definida como uma pratica que faz sentido para a pessoa que vive uma situação de doença que perspetiva alcançar a saúde. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação refere que o alvo do EERR é a pessoa com necessidades especiais no contexto em que se encontra e que dá resposta eficazes a essas alterações contribuindo fortemente para os ganhos em saúde. Ao monitorizar os ganhos em saúde o EERR produz indicadores sensíveis aos cuidados de ER, que contribuem para a melhoria continua dos cuidados de enfermagem de reabilitação (Regulamento n.º350/2015). Desta forma, durante o estágio, colaborava nos registos dos dados sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação na plataforma que a orientadora criou para o grupo da reabilitação. E com a implementação do projeto de intervenção profissional foram comprovados os ganhos em saúde após a intervenção do EERR.

Durante a prestação de cuidados foi proporcionado um ambiente terapêutico, de modo a que os doentes e suas famílias se sentissem seguros e satisfeitos com os cuidados prestados.

Competências do domínio da gestão dos cuidados

No domínio das competências da gestão de cuidados o enfermeiro especialista deve ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem, em articulação com a equipa multiprofissional, liderar e adaptar os recursos às situações, visando a otimização da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Durante o estágio final, procurou-se integrar conceitos de gestão em relação aos materiais, cuidados e às várias equipas de saúde que intervêm para a melhoria do doente. Desta forma, foram adaptados os recursos materiais existentes, de forma a proporcionar cuidados de qualidade. Os cuidados de ER foram desenvolvidos em função das necessidades dos utentes e articulados com os diferentes intervenientes na unidade de internamento.

Competências do domínio das aprendizagens profissionais

Nas competências do domínio das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista desenvolve o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada em conhecimento sólidos e validos (Regulamento n.º 140/2019).

A frequência do curso de mestrado na área de especialização de enfermagem de reabilitação possibilitou aumentar os conhecimentos atualizados na área específica de enfermagem de reabilitação, assim como na área de cuidados especializados. A aprendizagem proporcionada pelas aulas teóricas, pela pesquisa bibliográfica e pela partilha de conhecimentos das enfermeiras tutoras durante os estágios, foram determinantes neste processo. Este percurso foi fundamental no crescimento como futura enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, tendo presente que a principal função da formação continua, reside numa maior abertura do profissional para a aquisição de conhecimento, que no futuro se traduz por uma prática mais aperfeiçoada e portadora de sentido (Hesbeen, 2001). Acresce a tudo isto, que o conhecimento teórico na enfermagem é sedimentado ao longo da experiência clínica vivida na prática, em que se desenvolve o “saber fazer” (Benner, 2001), sendo determinante nas aprendizagens profissionais concretizadas em contexto clínico.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

O regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, refere que os objetivos gerais da enfermagem de reabilitação são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação das pessoas, conservando a autoestima. Este regulamento define três competências específicas em enfermagem de Reabilitação: Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

O Estágio final recaiu no desenvolvimento de competências específicas na área da reabilitação, refletindo as competências presentes no regulamento anterior. A formação em prática clínica foca-se principalmente na mobilização e na análise dos saberes. Segundo, Silva e Silva (2004) a competência só é adquirida quando é aplicada em contexto real. O processo de formação na prática de cuidados, tem como objetivo ajudar os profissionais ou futuros profissionais a serem cada vez mais capazes de pensar na ação na perspetiva do cuidar (Hesbeen, 2001).

Durante o estágio profissional foi possível contactar com pessoas com idades compreendidas entre 56 anos e os 88 anos de diferentes situações económicas, sociais e costumes internadas nos serviços de Medicina Interna e Infeciologia/Pneumologia, que devido à sua condição de doença os obrigou a períodos de imobilidade. Encontravam-se parcialmente ou mesmo dependentes nos seus autocuidados. Foi realizada uma avaliação inicial completa de cada doente, de forma a identificar as necessidades de intervenção do EEER. A utilização de escalas e instrumentos de medida, foram fundamentais para definir os diagnósticos de enfermagem, assim como na construção dos planos de intervenção.

Foram realizadas intervenções a nível das alterações de funcionalidade motora, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação com o objetivo de promover a autonomia da pessoa.

No plano de cuidados de ER foi tido em conta em que condições os utentes viviam no domicílio e quem era o cuidador informal. Desta forma, os ensinamentos eram adaptados às necessidades de cada pessoa.

A avaliação dos resultados foi realizada após o planeamento e implementação das intervenções de forma a compreender a eficácia dos cuidados de ER, tendo em vista a melhoria contínua dos cuidados e qualidade.

3.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de Setembro, regula o regime jurídico dos graus académicos e dos diplomas do ensino superior, o grau de mestre é concedido, numa área de especialidade, ao que detiver e aplicar um alto nível de conhecimentos, sabendo resolver problemas em situações variadas, ter a capacidade para integrar conhecimentos, a aptidão para comunicar os seus raciocínios e conclusões e possuir competências que lhe permitam uma aprendizagem contínua, de forma autónoma.

A frequência do curso de mestrado permitiu desenvolver e aprofundar os conhecimentos na área da enfermagem de reabilitação, de tal forma que foram adquiridas competências que permitem a identificação de problemas, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, planeamento, realização e avaliação de intervenções adequadas às necessidades de cada utente. Durante a prática clínica foi implementado um projeto de intervenção profissional sustentado num programa de cuidados de reabilitação a pessoas com o andar comprometido, com a finalidade de avaliar os ganhos na capacidade da pessoa para o andar. Foram tidas em conta as responsabilidades éticas, sociais e profissionais de todas as intervenções durante a implementação do projeto. Os resultados do projeto de intervenção, contribuíram para o desenvolvimento da disciplina científica de enfermagem e acima de tudo contribuíram para a melhoria da qualidade de vida das pessoas através da melhoria do autocuidado.

Durante todo o processo, houve uma constante mobilização de conhecimentos, reflexões e aperfeiçoamentos que foram analisados e discutidos com os orientadores e supervisores dos ensinamentos clínicos.

Desta forma, considera-se globalmente que foram adquiridas as competências de Mestre.

4. CONCLUSÃO

O processo natural de envelhecimento produz no ser humano alterações biológicas que diminuem as suas capacidades. Isto, em conjunto com as sequelas resultantes de um período de imobilização devido a um internamento numa unidade hospitalar resulta numa diminuição da capacidade funcional da pessoa, nomeadamente na capacidade para o andar. Esta problemática revela-se importante de caracterizar, uma vez que o andar influencia o autocuidado.

Os programas de ER individualizados a cada pessoa são sugeridos de forma a proporcionar uma intervenção precoce e adequada como forma de reduzir os efeitos negativos da diminuição da funcionalidade gerada por um acontecimento menos positivo. Neste contexto o EERR, tem um papel crucial na reabilitação da pessoa, através de uma intervenção individualizada que visa ajudar a pessoa a retornar ou manter a sua independência nas AVD's ou ajudar a pessoa a aceitar a sua dependência e ensinando-a a lidar com a sua nova condição.

A realização deste relatório caracterizou-se por ser um caminho longo e complexo, que teve por base e referência o estágio final, com necessidade de alguns ajustes ao longo do seu crescimento. Permitiu o desenvolvimento e a aquisição de conhecimentos e práticas sobre as competências do EE e do EERR. A intervenção de ER que foi proporcionada pelo estágio final foi uma forma de melhorar a qualidade de vida das pessoas que usufruíram dos cuidados de enfermagem de reabilitação. A eficácia da intervenção foi demonstrada através dos resultados da implementação do projeto de intervenção profissional “Programa de Enfermagem de reabilitação a pessoas com andar comprometido”. Neste estudo, constatou-se que os participantes que integraram esta amostra evidenciaram melhorias nas variáveis de força muscular, equilíbrio corporal, transferências e melhoria do score de risco de queda. Para colmatar a diminuição de equilíbrio e melhorar a capacidade para o andar foi introduzido o andador como auxiliar de marcha. Esta estratégia revelou-se eficaz, pelo que se traduziu numa melhoria substancial do status do andar e no global, se traduziu numa diminuição do nível dependência, evidenciado pela melhoria do índice de Barthel. Tendo em conta estes resultados, espera-se que estes pequenos avanços tenham sido

responsáveis por ganhos a longo prazo e tenham contribuído fortemente para a capacitação da pessoa no seu autocuidado após a alta hospitalar.

É importante referir que não existem muitos estudos efetuados por enfermeiros na área da capacitação do andar. Uma vez que a capacidade para o andar influencia diretamente o autocuidado é necessário que as equipas de saúde valorizem esta problemática para outras investigações em prol do desenvolvimento do conhecimento na disciplina e profissão de Enfermagem e em particular na área de especialização de Enfermagem de Reabilitação.

É fundamental, a realização de projetos de investigação e de intervenção profissional com a pessoa na comunidade, de forma a comprovar a eficácia dos programas de enfermagem de reabilitação, iniciados durante o internamento hospitalar e com continuidade na comunidade, no contexto em que a pessoa vive. Acreditamos que estudos desta natureza podem ser determinantes para evidenciar a importância dos cuidados desenvolvidos pelo EERR em qualquer contexto da sua prática.

Estamos conscientes da importância da mobilização precoce para a manutenção da independência do indivíduo. É fundamental que os determinantes associados à praxis junto das pessoas que sofreram evento negativo comprometedores do seu andar e que por via disso tiveram de permanecer internadas, sejam favoráveis à sua mobilização precoce e a cuidados que assegurem uma adequada reabilitação. Acreditamos que a melhoria das condições institucionais, em termos de recursos humanos, técnicos e de formação pode ser determinante na estruturação de melhores cuidados de saúde às pessoas.

A sociedade atual enfrenta novos desafios no que diz respeito ao envelhecimento da população. Considera-se importante que os governos implementem medidas favoráveis a um envelhecimento saudável e que a assistência das pessoas após a alta de uma unidade de internamento seja mais eficaz.

A limitação do tempo para implementação do projeto e as características da amostragem são fatores que condicionaram e que se assumem como limitações para aplicação destes resultados a outros contextos.

O percurso efetuado ao longo do mestrado e especialidade fez -se passo a passo, ultrapassando os obstáculos que surgiram no caminho. No final deste percurso,

considera-se que os conhecimentos e as competências adquiridas são fundamentais para responder às necessidades das pessoas que se encontram num período de vulnerabilidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. M. (2009). *A reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliar* (Tese de mestrado, Universidade Católica Portuguesa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/24191>
- Alves, A., Ferreira, Ó., & Baixinho, C. (2016). Apreciação da Pessoa a Posicionar. In: M. Lourenço, Ó. Ferreira, & C. Baixinho, *Terapêutica de Posição* (pp. 47-54). Loures: Lusodidata.
- Benner, P. (2001). De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem (A. Queirós, Trad.). Coimbra: Quarteto.
- Bolas, R. (2017). Pessoa em Programa de Reabilitação Cardíaca. In: C. Vieira, & L. Sousa. *Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida* (pp. 381-403). Loures: Lusodidata.
- Bule, M. J., Fernandes, M., Pires, E., Rocha, M. (2012). *Percursos de formação: Enfermagem de reabilitação em Portugal 1965-1987*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional de enfermagem de reabilitação 2012- Por um envelhecimento ativo. Associação Portuguesa de Enfermeiros de reabilitação. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10174/7195>
- Carvalho, J. & Duarte, P. (2013). *Plano de Ação - Serviço de Pneumologia-Trienio 2013-2015*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal.
- Carvalho, J. & Poças, J. (2013). *Plano de ação -Serviço de Infeciologia - Trienio 2013-2015*. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal.

- Centro Hospitalar de Setúbal, EPE (2018). *Centro Hospitalar de Setúbal*, EPE. Disponível em: <http://www.chs.min-saude.pt/setubal/centro-hospitalar-de-setubal/>
- Centro Hospitalar de Setúbal (2015). *Regulamento Interno do Centro Hospitalar de Setúbal*, EPE. Setúbal: Centro Hospitalar de Setúbal.
- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (2004). Lisboa. Direção Geral de Saúde. (Trad. de International Classification of Functioning, Disability and Health). Organização Mundial de Saúde (resolução WHA54.21).
- Coelho, C., Barros, H. & Sousa, L. (2017). Reeducação da Função Sensoriomotora. In: C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 227-251). Loures: Lusodidacta.
- Completo, A. & Fonseca, F. (2011). *Fundamentos de Biomecânica Músculo Esquelética e Ortopédica*. Porto: publindústria.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2016) – Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE/ICNP): Versão 2015. Ed. Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cordeiro, M. & Menoita, F. (2012). Manual de boas práticas na reabilitação respiratória: Conceitos, Princípios e Técnicas. Loures: Lusociência.
- Costa-Dias, M., Ferreira, P., & Oliveira, A. (2014). Adaptação cultural e linguística e validação da Escala de Quedas de Morse. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(2): 7–17. DOI: [10.12707/RIII1382](https://doi.org/10.12707/RIII1382)
- Criekingel, T., Saeys, W., Hallemans, A., Vereeck, L., Hertogh, W., Walle, P., ...Truijen, S. (2017). *Effectiveness of additional trunk exercises on gait performance: study protocol for a randomized controlled trial*. *Trials*, 18(1): 249. DOI: 10.1186/s13063-017-1989-1

- Cunha, P. & Pinheiro, L. (2016). O papel do exercício físico na prevenção das quedas nos idosos: uma revisão baseada na evidencia. *Revista Portuguesa Medicina Geral e Familiar*, 32(2): 96-100. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732016000200003&lng=pt&tlng=pt.
- Diário da República. (2016). Decreto-Lei n-º 63/2016 de 13 de setembro – Graus e Diplomas do Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/75319373>
- Deodato, S. (2016). Ética nos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação. In: Marques-Vieira, C. Sousa, L., *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*.(pp. 35-39) Loures. Lusodidacta.
- Diário da República. (2005). Decreto Lei nº 233/2005 de 29 dezembro - Entidades Públicas Empresariais. Disponível em: <https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/469067/details/maximized>
- Direção Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral - Itenerarios Clinicos*. Lisboa: Lidel.
- Fonseca, C. (2014). *Modelo de autocuidado para pessoas com 65 e mais anos de idade, necessidade de cuidados de enfermagem*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/12196>
- Fortin, M. F.; Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lisboa: Lusodidacta.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos Doentes*. Lisboa: Lidel.
- Freitas, L. (2017). *Reabilitação – a eficiência que faz a diferença*. Seção Regional da Região Autónoma da Madeira. Funchal. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4958/art-enf-luis-freitas-rev_elvio_artigo-reabilita%C3%A3-%C3%A3o.pdf

- Garcia, M., Arratibel, M. & Azpiroz, E. (2015). The Bobath Concept in Walking Activity in Chronic Stroke Measured Through the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Phisioterapy Research International*, 20(4): 242-250. DOI: [10.1002/pri.1614](https://doi.org/10.1002/pri.1614)
- Hesbeen, W. (1998). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e Acção na Perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação. Prevenção, Intervenção e Resultados Esperados* (4.^a ed.). Loures: Lusodidacta.
- Huber, E. F. & Chris, W. (2009). *Exercicios Terapeuticos-Planeamento do tratamento para a progressão*. Loures: Lusodidacta.
- Instituto Nacinal de Estatistica. (2015). *Dia Mundial da População*. Disponível em WWW. INE.PT
- Joseph, M. E. (2008). *Cinesiologia- O Sistema Esqueletico e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta.
- Jorge, I. (2014). Reabilitação Em Cuidados Paliativos. In: A. Costa, & M. Othero. *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 63-76). Loures: Lusodidata.
- Kisner, C. & Colby, L. (2016). *Exercícios terapêuticos - Fundamentos e tecnicas*. São Paulo: Manole.
- Krishnamoorthy, K., Varadharajulu, G. & Kanase, S. B. (2017). Effect of Close Kinematic Chain Exercises on Upper Limb Spasticity in Hemiparetic Adult. *Indian Journal Of Physiotherapy & Occupational Therapy*, 11(2): 146-152. Doi: 10.5958/0973-5674.2017.00052.1
- Lei, X. & Cai, M. (2018). Self-care ability and influencing factors in chronic heart failure patients. *Biomedical Research*, 29(3), 595–601. Disponível em:

<https://www.alliedacademies.org/articles/selfcare-ability-and-influencing-factors-in-chronic-heart-failure-patients.pdf>

- Lourenço, M. & Moreno, M. (2016). Terapêutica de posição: Princípios e finalidades. In: O. Ferreira, & C. Baixinho, *Terapêutica de Posição*. (pp. 83-98). Loures: Lusodidata.
- Lourenço, M. & Moreno, M. (2016). Transferencias Princípios e métodos . Em O. Ferreira, & C. Baixinho, *Terapêutica de Posição*. (pp. 76-81). Loures: Lusodidata.
- Magarreiro, J. (2015). *Protocolo de recolha e processamento de dados 3D cinemáticos e cinéticos da marcha em regime laboratorial e ambulatório*. (Tese de Mestrado, Instituto politécnico de Setúbal). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/8236>
- Mansfield, A., Wong , J., Bryce, J., Knorr, S. & Patterson, K. (2015). Does Perturbation-Based Balance Training Prevent Falls? Systematic Review and Meta-Analysis of Preliminary Randomized Controlled Trials. *Physical Therapy*, 95(5): 700-709. DOI: 10.2522/ptj.20140090
- Menoita, E. (2012). *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC - Contributos para um envelhecer Resiliente*. Loures: Lusociência.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, (2017). Relatório de Portugal Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE). Disponível em: [file:///A:/Download_net/POR_report_POR\(2\).pdf](file:///A:/Download_net/POR_report_POR(2).pdf)
- Monteiro, R. (2012) Physical Activity, Physical Fitness and degree of Dependence on BAVD'S and IADL'S, Comparative study of elderly women practitioners and non-practitioners. *Journal of Aging & Innovation*, 1(5): 45-54 Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5-actividade-fisica.pdf>
- Musculino, J. (2008). *Cinesiologia -O Sistema Esquelético e a Função Muscular*. Loures: Lusodidacta.

Nunes, A. (2017). *Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal*. *Revista Kairós: gerontologia*, 20(1): 133 - 154. DOI 10.23925/2176901X.2017v20i1p133-154.

OECD. (2019). Elderly population (indicator). Disponível em: DOI: 10.1787/8d805ea1

Direção Geral da Saúde. (2017). *Estratégia Nacional para o envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025-Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016)*. Disponível em: file:///A:/Download_net/ENEAS.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Guia orientador de boa prática. Edição: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Enfermagem de Reabilitação, Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/InstRecolhaDadosDocumentacaoCuidEnfReabilitacao_Final_2017.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 125/2011 do Perfil de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Bilhetes de Identidade dos Indicadores que Integram o Core de Indicadores por Categoria de Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Reabilitação - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5443/enfermagemreabilitacao.pdf>

Organização Mundial de Saúde. (2003). *Promovendo a Qualidade de Vida após Acidente Vascular Cerebral*. Porto Alegre: Artmed.

- Organização Mundial de Saúde. (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e saúde*.Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6
- Organização Mundial de Saúde (OMS)& Direção Geral da Saúde (DGS) . (2004).*CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa:Disponível em:
http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). St. Luis: Mosby.
- Parry, S., & Puthcheary, Z. (2015). *The impact of extended bed rest on the musculoskeletal system in the critical care environment. Extreme Physiology & Medicine*, 4(16), 1-8 : DOI 10.1186/s13728-015-0036-70000
- Peças, D. (2016). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na recuperação da marcha*. (Tese de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/17517>
- Pereira, H (2011). *Subitamente Cuidadores Informais! A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado* (Tese de Doutoramento) Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/3916>
- Petronilho, F. (2013). *A alta hospitalar do doente dependente no autocuidado: decisões, destinos, padrões de assistência e de utilização dos recursos - Estudo exploratório sobre o impacte nas transições do doente e do familiar cuidador*. (Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/10572>
- Petronilho, S., Magalhães, A., Machado, V. & Vieira, M. (2007). *Caracterização do doente após evento critico: Impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado*. Revista Sinais Vitais, (88): 41–47. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/13637/1/>

- Petty, N. J. (2008). *Principios e tratamento do sistema Neuro-músculo-esquelético-um guia para terapeutas*. Loures: Lusodidata.
- Pirker, W., & Katzenschlager, R. (2017). Gait disorders in adults and the elderly. *Wien Klin Wochenschr*. 129: 81–95. DOI: 10.1007/s00508-016-1096-4
- Preto, Leonel; Gomes, Joana; Novo, André; Mendes, Maria; Granero -Molina, José .(2016). Efeitos de um Programa de Enfermagem de Reabilitação na Aptidão Funcional de Idosos Institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV - n.º 8 - jan./fev./mar. 2016: pp.55-63. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15019>.
- Quaresma, M., & Ribeirinho, C. (2016). *Envelhecimento – Desafios do Séc. XXI*. *Revista Kairós Gerontologia*, 19(3): 29-49. DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i1p133-154
- Queiros, P. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista de Investigação em enfermagem*. 21, 5-7. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar
- Queirós, P., Vidinha, T., & Filho, A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*. IV(3), 157-164. DOI: 10.12707/RIV14081.
- Regulamento nº 125/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2º Série, nº 35. Disponível em: http://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20125_2011_CompetenciasEspecifEnfreabilitacao.pdf
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2º Série, nº 26. Disponível em: [file:///A:/Download_net/_0474404750\(3\).pdf](file:///A:/Download_net/_0474404750(3).pdf)

- Regulamento nº 350/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 2ª série, n.º 119. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/R%20regulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf)
- Reis, G. & Bule, M. (2017). Capacitação e atividade de vida. In: C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao longo da vida* (pp. 57-65). Loures: Lusodidata.
- Ribeiro, T., Silvia, T., Carlos, R., Silvia, M., Lacerda, M., Spaniol, A., & Rodrigues, A. (2017). *Is there influence of the load addition during treadmill training on cardiovascular parameters and gait performance in patients with stroke? A randomized clinical trial.* NeuroRehabilitation. 40(3), 345–354: DOI:10.3233/NRE-161422
- Rico, Natália; Lemos, Naira; Ferreira, Caroline (2012). Uso de dispositivo de auxílio à marcha: a percepção dos idosos. *Revista Equilíbrio Corporal e Saúde* 2012;4(2):4 2-50. Disponível em: 10.17921/2176-9524.2012v4n2p%p.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de Saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Maunuel dos Santos.
- Rodrigues, T. F., & Henriques, F. C. (2017). *(Re)Birth: Desafios Demográficos colocados à Sociedade Portuguesa*. Lisboa: PCS-Plataforma para o Crescimento Sustentável, Fundação Wilfried Martens Center for European Studies.
- Santos, B., Ramos, A., & Fonsenca, C. (2017). Da formação à prática: Importância das Teorias do Autocuidado no Processo de Enfermagem para a melhoria dos cuidados. *Journal of Anging & Innovation*, 6(1), 51-54. Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/6-Autocuidado-forma%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Santos, L.(2017). O Processo de Reabilitação. In: *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (pp. 15-24). Loures: Lusodidata.

- Sarges, N., Santos, M., & Chaves, E. (2017). Avaliação da segurança do idoso hospitalizado quanto ao risco de quedas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 896–903. DOI: 10.1590/0034-7167-2017-0098
- Serôdio, J. (2014). Conceitos Principais de Reabilitação - Instituto Nacional para a reabilitação,I.P. In: A. Costa, & M. Othéro, *Reabilitação em Cuidados Paliativos* (pp. 53-61). Loures: Lusodidata.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2004). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium, Journal of Education, Technologies and Health*, 30 (9), 103-119. Disponível em: <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>
- Sousa, L., Vieira, C., & Branco, P. (2017). Prevenir a Queda: Um Indicador da Qualidade dos Cuidados. In: C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação ao Longo da Vida* (pp. 559-570). Loures: Lusodidata.
- Veiga, João. (2006). *Ética em Enfermagem- análise, problematização e [re]construção*. Lisboa : Climepsi
- Vieira, C., & Caldas , A. (2017). A Relevancia do Andar: Reabilitar a Pessoa com Andar Comprometido. In: C. Vieira, & L. Sousa (Eds.). *Cuidados de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 547-557). Loures: lusodidata.
- Viel, è. (2000). *A Marcha Humana a Corrida e o Salto*. São Paulo: Manole.
- Vilelas, J. (2017). *Investigação- O processo de contrução do conhecimento; 2ª Edição*. Lisboa: Silabo.
- WHO. (2007). *WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age*. World Health Organization. Disponível em : http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf?ua=1.

APÊNDICES

Apêndice I- Programa de Reabilitação a pessoas com Andar Comprometido

Programa de Enfermagem de Reabilitação para pessoas com andar comprometido

Estratégias de Intervenção de enfermagem de Reabilitação Ensinar/Instruir/Treinar	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3
Atividades terapêuticas no leito: -Rolar; -Ponte; -Rotação controlada da anca; -carga no cotovelo.			
Técnica de transferir			
Treino de equilíbrio -Estático (sentado e em pé) -Dinâmico(sentado e em pé)			
Treino de força muscular: -Exercícios Isométricos; -Exercícios ativos resistidos.			
Treino de Marcha Controlada: -Sem auxiliar de marcha; -Com auxiliar de marcha.			

Apêndice II- Instrumento de registo de recolha de dados

INSTRUMENTO DE REGISTO DOS DADOS

Número do registo

SECÇÃO A – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

Género	
Masculino	
Feminino	

Idade

Estado civil	
Solteiro	
Casado	
Viúvo	
Divorciado	
Outro	

Habilitações literárias	
Analfabeto	
Ensino básico	
Ensino secundário	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

SECÇÃO B – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA

Área patológica	
Cerebrovascular	
Pneumologia	
Infeciologia	

Alteração anterior da mobilidade	
Sim	
Não	

SECÇÃO C – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Escala de Barthel	
1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta

Escala de Morse	
1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta

Escala de Lower		
	1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta
MSD		
MID		
MSE		
MIE		

Escala de Ashworth Modificada		
	1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta
MSD		
MID		
MSE		
MIE		

		Eficácia do equilíbrio			
		1ª Avaliação			
		Eficaz	Pouco eficaz	Não eficaz	Observações
Sentado	Estático				
	Dinâmico				
Em pé	Estático				
	Dinâmico				

		Eficácia do equilíbrio			
		2ª Avaliação - Alta			
		Eficaz	Pouco eficaz	Não eficaz	Observações
Sentado	Estático				
	Dinâmico				
Em pé	Estático				
	Dinâmico				

Escala de Berg	
1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta

	Status do diagnóstico no autocuidado transferir-se, segundo a CIPE	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta
Independente		
Reduzido		
Moderado		
Elevado		

	Status do diagnóstico no autocuidado Andar, segundo a CIPE	
	1ª Avaliação	2ª Avaliação - Alta
Independente		
Reduzido		
Moderado		
Elevado		

Apêndice III- Formulário de Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Caro senhor(a)

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do Estudo: *Programa de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação a Pessoas com Andar Comprometido.*

Enquadramento: No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Associação – Especialidade em Enfermagem de Reabilitação, a realizar no Instituto Politécnico de Setúbal. O orientador da instituição de ensino é o Professor Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira.

Explicação do Estudo: O presente estudo pretende identificar os ganhos na capacidade de andar, decorrentes de um programa de cuidados de enfermagem de reabilitação a pessoas com andar comprometido e com potencial para melhorar essas capacidades.

Os critérios que permitem a participação no estudo são:

- Estar internado nos serviços de Medicina e Infecologia/Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal;
- Apresentar o diagnóstico de enfermagem de andar comprometido e
- Estar orientado no espaço e no tempo.

O critério que impede a participação no estudo é o diagnóstico médico não permitir o levantar.

Não existem riscos ou problemas associados à sua participação neste estudo.

Caso decida participar no estudo e no decurso do mesmo ocorra algum problema de saúde, a sua participação será suspensa.

Se algum dos participantes desejar abandonar o estudo durante o período de investigação, não sofrerá qualquer consequência. E, a investigadora tem o dever de interromper a sua participação.

Se tiver dúvidas sobre o estudo, tem o direito de perguntar e ver respondidas todas as questões que possa ter. Pode contactar a investigadora, Enf.^a Alexandra Alcobia, por email (alexandralcobia@gmail.com) ou através contato telefónico (917436924).

Confidencialidade e Anonimato: Os dados obtidos neste estudo serão totalmente confidenciais e usados exclusivamente para o mesmo, não havendo a identificação de nenhum dos participantes, garantindo-se assim o anonimato dos mesmos.

Os registos clínicos eletrónicos serão armazenados no servidor deste Centro Hospitalar, com acesso protegido por palavra passe. Somente a investigadora terá acesso aos dados da investigação de cada participante.

A utilização dos dados clínicos foi notificada ao encarregado de dados do centro Hospitalar de setúbal.

Agradeço desde já a sua disponibilidade para a participação neste estudo, contribuindo para o desenvolvimento do conhecimento científico em enfermagem.

A Investigadora

Enf.^a Alexandra Filipa Maia Alcobia

O Orientador da Instituição de Ensino

Prof. Doutor Rogério Manuel Ferrinho Ferreira

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelo investigador. Responderam de forma clara a todas as minhas questões. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que forneço de forma voluntária, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do Participante (ou representante legal)

Data

__/__/__

(Este documento é feito em duplicado, sendo um exemplar para a investigadora e o outro para a pessoa que deu o seu consentimento informado).

ANEXOS

Anexo I- Escala de Morse

ESCALA DE QUEDA DE MORSE – EQM

Tabela 1

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarrilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debitado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

Interpretação do Risco :

- 0-24 -Sem Risco
- 25-44- Moderado Risco
- ≥45- Alto Rico

Anexo II- Índice de Barthel

Anexo III – Escala de Barthel e instruções

1. Alimentação	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda)	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses)	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Dependente	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda	<input type="checkbox"/> 5
Impossível	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana)	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	

Interpretação do Resultado Final

- 0-20 Dependência total
- 21-60 Grave dependência
- 61-90 Moderada dependência
- 91-99 Muito leve dependência
- 100 Independência

Anexo III- Escala ashword modificada

Escala de ashworth modificada

1	Aumento do tônus no início ou no final do arco de movimento.
1+	Aumento do tônus em menos da metade do arco de movimento, manifestado por tensão abrupta e seguido por resistência mínima.
2	Aumento do tônus em mais da metade do arco de movimento.
3	Partes em flexão ou extensão e movidos com dificuldade.
4	Partes rígidas em flexão ou extensão.

Anexo IV- Escala de Lower

Escala de Lower

Anexo 1. Escala de Avaliação da Força muscular (MRC-Medical Research Council)²⁰.

0	Não se percebe nenhuma contração
1	Traço de contração, sem produção de movimento
2	Contração fraca, produzindo movimento com a eliminação da gravidade
3	Realiza movimento contra a gravidade, porém sem resistência adicional
4	Realiza movimento contra a resistência externa moderada e gravidade
5	É capaz de superar maior quantidade de resistência que no nível anterior

Anexo V- Escala de equilíbrio de Berg

ESCALA DE EQUILIBRIO BERG

DESCRIÇÃO DOS ITENS Pontuação (0-4)

1. Da posição de sentado para a posição de pé _____
2. Ficar em pé sem apoio _____
3. Sentado sem apoio _____
4. Da posição de pé para a posição de sentado _____
5. Transferências _____
6. Ficar em pé com os olhos fechados _____
7. Ficar em pé com os pés juntos _____
8. Inclinar-se para a frente com o braço esticado _____
9. Apanhar um objeto do chão _____
10. Virar-se para olhar para trás _____
11. Dar uma volta de 360 graus _____
12. Colocar os pés alternadamente num degrau _____
13. Ficar em pé com um pé à frente do outro _____
14. Ficar em pé sobre uma perna _____
- Total - _____

Interpretação do Resultado Final

0-20 - Equilíbrio Diminuído/Elevado Risco de Queda

21-40 - Equilíbrio Médio/Médio Risco de Queda

41-56 - Bom Equilíbrio/Baixo Risco de Queda

1. DA POSIÇÃO DE SENTADO PARA A POSIÇÃO DE PÉ • INSTRUÇÕES: Por favor, levante-se. Tente não usar as mãos como suporte.

- () 4 Consegue levantar-se sem usar as mãos e manter-se estável, de forma autónoma
- () 3 Consegue levantar-se de forma autónoma, recorrendo às mãos
- () 2 Consegue levantar-se, recorrendo às mãos, após várias tentativas
- () 1 Necessita de alguma ajuda para se levantar ou manter estável

() 0 Necessita de ajuda moderada ou de muita ajuda para se levantar

2. FICAR EM PÉ SEM APOIO INSTRUÇÕES: Por favor, fique de pé por dois minutos sem se apoiar.

() 4 Consegue manter-se em pé, com segurança, durante 2 minutos

() 3 Consegue manter-se em pé durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Consegue manter-se em pé, sem apoio durante 30 segundos

() 1 Necessita de várias tentativas para se manter de pé , sem apoio, durante 30 segundos

() 0 Não consegue manter-se em pé durante 30 segundos, sem ajuda

• Se o sujeito conseguir manter-se em pé durante 2 minutos sem apoio, deverá registrar-se a pontuação máxima no item 3. Prosseguir para o item 4.

3. SENTA-SE COM AS COSTAS DESAPOIADAS MAS COM OS PÉS APOIADOS NO CHÃO OU SOBRE UM BANCO • INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se com os braços cruzados durante 2 minutos.

() 4 Mantém-se sentado com segurança e de forma estável durante 2 minutos

() 3 Mantém-se sentado durante 2 minutos, com supervisão

() 2 Mantém-se sentado durante 30 segundos

() 1 Mantém-se sentado durante 10 segundos

() 0 Não consegue manter-se sentado, sem apoio, durante 10 segundos

4. DA POSIÇÃO DE PÉ PARA A POSIÇÃO DE SENTADO • INSTRUÇÕES: Por favor, sente-se.

() 4 Senta-se com segurança com o mínimo uso das mãos

() 3 Ao sentar-se recorre às mãos

() 2 Apoia a parte posterior das pernas na cadeira para controlar a descida

() 1 Senta-se, de forma autónoma, mas sem controlar a descida

() 0 Necessita de ajuda para se sentar

5. TRANSFERÊNCIAS • INSTRUÇÕES: Coloque a(s) cadeira(s) de forma a realizar transferências tipo “pivot.” Podem ser utilizadas duas cadeiras (uma com e outra sem braços) ou uma cama e uma cadeira sem braços.

- ☐ 4 Consegue transferir-se com segurança com o mínimo uso das mãos
- ☐ 3 Consegue transferir-se com segurança, necessitando, de forma clara do apoio das mãos
- ☐ 2 Consegue transferir-se com a ajuda de indicações verbais e/ou supervisão
- ☐ 1 Necessita de ajuda de uma pessoa
- ☐ 0 Necessita de duas pessoas para ajudar ou supervisionar de modo a transferir-se com segurança

6. FICAR EM PÉ SEM APOIO E COM OS OLHOS FECHADOS • INSTRUÇÕES: Por favor, feche os olhos e fique imóvel durante 10 segundos.

- ☐ 4 Consegue manter-se em pé com segurança durante 10 segundos
- ☐ 3 Consegue manter-se em pé durante 10 segundos, com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter-se em pé durante 3 segundos
- ☐ 1 Não consegue manter os olhos fechados durante 3 segundos, mas mantém-se em pé de forma estável
- ☐ 0 Necessita de ajuda para evitar a queda

7. MANTER-SE EM PÉ SEM APOIO E COM OS PÉS JUNTOS • INSTRUÇÕES: Por favor, mantenha os pés juntos e permaneça em pé sem se apoiar.

- ☐ 4 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé, com segurança, durante 1 minuto
- ☐ 3 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma e manter-se em pé durante 1 minuto, mas com supervisão
- ☐ 2 Consegue manter os pés juntos, de forma autônoma, mas não consegue manterá posição durante 30 segundos
- ☐ 1 Necessita de ajuda para chegar à posição, mas consegue manter-se em pé, com os pés juntos, durante 15 segundos
- ☐ 0 Necessita de ajuda para chegar à posição mas não consegue mantê-la durante 15 segundos

8. INCLINAR-SE PARA A FRENTE COM O BRAÇO ESTENDIDO AO MESMO TEMPO QUE SE MANTÉM DE PÉ • INSTRUÇÕES: Mantenha o braço estendido a 90 graus. Estique os dedos e tente alcançar a maior distância possível. (O examinador coloca uma régua no final dos dedos quando o braço está a 90 graus. Os dedos não devem tocar a régua enquanto executam a tarefa. A medida registada é a distância que os dedos conseguem alcançar enquanto o sujeito está na máxima inclinação possível. Se possível, pedir ao sujeito que execute a tarefa com os dois braços para evitar a rotação do tronco.)

- () 4 Consegue inclinar-se mais de 25cm para a frente, de forma confiante (10 polegadas)
- () 3 Consegue inclinar-se mais de 12 cm para a frente, com segurança (5 polegadas)
- () 2 Consegue inclinar-se mais de 5cm para a frente, com segurança (2 polegadas)
- () 1 Inclina-se para a frente mas necessita de supervisão
- () 0 Perde o equilíbrio durante as tentativas / necessita de apoio externo

9. APANHAR UM OBJECTO DO CHÃO A PARTIR DA POSIÇÃO DE PÉ • INSTRUÇÕES: Apanhe o sapato/chinelo localizado à frente dos seus pés.

- () 4 Consegue apanhar o chinelo, facilmente e com segurança
- () 3 Consegue apanhar o chinelo mas necessita de supervisão () 2 Não consegue apanhar o chinelo, mas chega a uma distância de 2-5cm (1-2 polegadas) do chinelo e mantém o equilíbrio de forma autónoma
- () 1 Não consegue apanhar o chinelo e necessita supervisão enquanto tenta
- () 0 Não consegue tentar / necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

10. VIRAR-SE PARA OLHAR SOBRE OS OMBROS DIREITO E ESQUERDO ENQUANTO ESTÁ DE PÉ • INSTRUÇÕES: Vire-se e olhe para trás sobre o ombro esquerdo. Repetir para o lado direito. O examinador pode pegar num objeto para o paciente olhar e colocá-lo atrás do sujeito para encorajá-lo a realizar a rotação.

- () 4 Olha para trás para ambos os lados e transfere bem o peso
- () 3 Olha para trás por apenas um dos lados, revela menos capacidade de transferir o peso
- () 2 Apenas vira para um dos lados, mas mantém o equilíbrio
- () 1 Necessita de supervisão ao virar
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a perda de equilíbrio ou queda

11. DAR UMA VOLTA DE 360 GRAUS • INSTRUÇÕES: Dê uma volta completa sobre si próprio. Pausa. Repetir na direção oposta.

- () 4 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança em 4 segundos ou menos
- () 3 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança apenas para um lado em 4 segundos ou menos
- () 2 Consegue dar uma volta de 360 graus com segurança mas lentamente
- () 1 Necessita de supervisão ou de indicações verbais
- () 0 Necessita de ajuda enquanto dá a volta

12. COLOCAR OS PÉS ALTERNADOS NUM DEGRAU OU BANCO ENQUANTO SE MANTÉM EM PÉ SEM APOIO • INSTRUÇÕES: Coloque cada pé alternadamente sobre o degrau/banco. Continuar até cada pé ter tocado o degrau/banco quatro vezes.

- () 4 Consegue ficar em pé de forma autónoma e com segurança e completar 8 passos em 20 segundos
- () 3 Consegue ficar em pé de forma autónoma e completar 8 degraus em mais de 20 segundos
- () 2 Consegue completar 4 degraus sem ajuda mas com supervisão
- () 1 Consegue completar mais de 2 degraus, mas necessita de alguma ajuda
- () 0 Necessita de ajuda para evitar a queda / não consegue tentar

13. FICAR EM PÉ SEM APOIO COM UM PÉ À FRENTE DO OUTRO • INSTRUÇÕES: (DEMONSTRAR PARA O SUJEITO) Coloque um pé exactamente em frente do outro. Se sentir que não consegue colocar o pé exactamente à frente, tente dar um passo suficientemente largo para que o calcanhar do seu pé esteja à frente dos dedos do seu outro pé. (Para obter 3 pontos, o comprimento da passada deverá exceder o comprimento do outro pé e a amplitude da postura do paciente deverá aproximar-se da sua passada normal).

- () 4 Consegue colocar um pé exactamente à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 3 Consegue colocar um pé à frente do outro de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 2 Consegue dar um pequeno passo, de forma autónoma e manter a posição durante 30 segundos
- () 1 Necessita de ajuda para dar um passo mas consegue manter a posição durante 15 segundos
- () 0 Perde o equilíbrio enquanto dá o passo ou ao ficar de pé

14. FICAR EM PÉ SOBRE UMA PERNA • INSTRUÇÕES: Fique em pé sobre uma perna, sem se segurar, pelo maior tempo possível.

() 4 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante mais de 10 segundos

() 3 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição entre 5 e 10 segundos

() 2 Consegue levantar uma perna de forma autónoma e manter a posição durante 3 segundos ou mais

() 1 Tenta levantar a perna sem conseguir manter a posição durante 3 segundos, mas continua a manter-se em pé de forma autónoma

() 0 Não consegue tentar ou necessita de ajuda para evitar a queda

Anexo VI- Parecer do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento do CHS

Guarido.
PICA
Efedeles
5/12/18

DELIBERAÇÃO:

Aut. 11-4
CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.
O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
2018.12.06
Efedeles

NOTA DE SERVIÇO

PARA: Exma. Sra. Dra. Elisa Carvalhão, Gestora do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento.

DE: Sr. Pedro Santos, Secretário do Gabinete de Investigação e Desenvolvimento

27-11-2018

ASSUNTO: Autorização à realização do Estudo "Programa de Cuidados Enfermagem de Reabilitação a Pessoas com Andar Comprometido", a realizar no Serviço de Medicina Interna e Serviço de Infecção/Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.

Trata-se de um projecto de investigação, conferidor de grau académico - Mestrado, cujo Investigador Principal é a Exma. Sra. Enf.ª Alexandra Filipa Maia Alcobia, a realizar no serviço de Infecção/Pneumologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. (ver anexo e processo devidamente instruído).

O estudo teve o parecer favorável da CES.

A realização deste estudo tem como objectivo avaliar os ganhos na capacidade para andar, decorrentes da implementação de um programa de cuidados de Enfermagem de Reabilitação, em pessoa com andar comprometido e com potencial para melhorar essas capacidades, contribuindo para maximizar o seu bem estar e promover a autonomia.

À consideração superior,


Pedro Santos

AO SEC. DO
GID PARA
ZITAIWAN O IP
E RESPECTIVOS
INTERVENIENTOS
EUE
07-12-2018

ACTA Nº 49/18

Contactos GID: gid@chs.min-saude.pt

Rua Camilo Castelo Branco • 2910-446 Setúbal • Telefone: 265 549 000 • Ext.: 6818 (Pedro Santos) • www.chs.min-saude.pt

DESPACHO

Tomei conhecimento.
Exma. Sra. En.
Dra. Carla
S. Mendes,
saúdo-se
autoriza
GAI para a
realização
deste estudo
tudo em
contato que
é do interesse
se para os
serviços de
M. Interna
como para
os. Enf./Pneu
e para o CES
EUE
28-11-2018

GID:
É pertinente o projeto
de estudo a desenvolver
no domínio clínico
Interno.
Tendo em conta os
objectos, há que
que os resultados
deste estudo com
análise descritiva
sejam aplicados e
clínica em Interno.
Instituto de
4.12.2018.